

Continentale PremiumBU

Ihre Berufsunfähigkeits-Versicherung

Für Ihre Zukunft.

Mit der PremiumBU entscheiden Sie sich für einen erstklassigen und vollumfänglichen BU-Schutz zu einem top Preis-Leistungs-Verhältnis. Sie bietet Ihnen darüber hinaus eine Vielzahl an Optionen und Gestaltungsmöglichkeiten. So lässt sich die PremiumBU individuell an Ihren Bedarf anpassen.

Dieser Versorgungsvorschlag wurde für Sie persönlich auf Grundlage Ihrer Angaben erstellt. Für alles, was Sie dazu noch wissen möchten, stehe ich Ihnen gerne zur Verfügung. Ich freue mich auf Sie.

Es berät und betreut Sie

- **Erfahrung** – Über 125 Jahre in Vorsorge und Versicherung
- **Verantwortungsbewusst** – Verlässliche und stabile Prämienkalkulation. Nettobeiträge noch nie angepasst.
- **Erfolgreich** – Stetige Weiterentwicklung seit erster BU-Vorsorge 1955



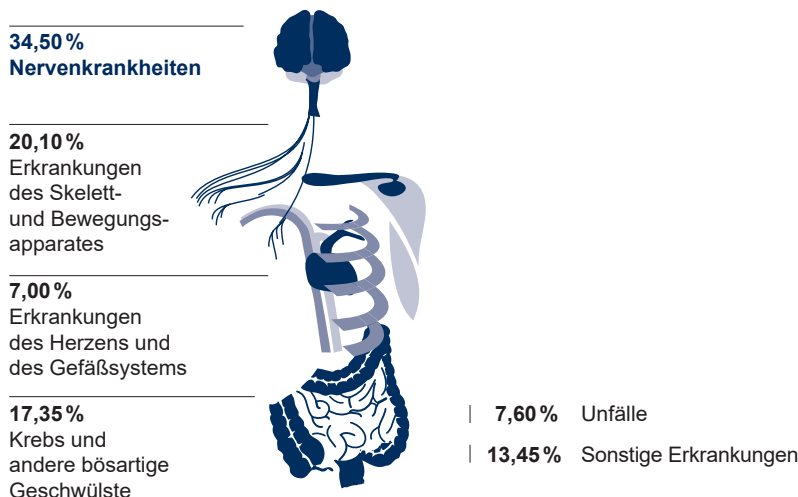
Überblick

Continentale PremiumBU Unser Vorschlag für Herrn Bierl

Mit dem Verlust der Arbeitskraft und dem Wegfall des Arbeitseinkommens fehlt plötzlich das wichtigste finanzielle Standbein. Laufende Ausgaben wie Miete oder Lebenshaltungskosten fallen weiterhin an und führen so schnell zu finanziellen Engpässen.

Dennoch wird das Risiko, aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Berufsleben auszusteigen, vielfach unterschätzt. Private Vorsorge bietet hier Sicherheit nach Maß.

Ursachen für Verlust der Arbeitskraft



Quelle MORGEN & MORGEN 04.2023

Persönliches Risiko

Ihr persönliches Risiko als 33-jähriger Controller

Die Wahrscheinlichkeit, dass Sie aus gesundheitlichen Gründen vorzeitig aus dem Berufsleben ausscheiden müssen, liegt statistisch gesehen bei über



29,59%

Datenbasis: Berechnet mit den Daten und tariflichen Wahrscheinlichkeiten dieses Vorschlags.

Continentale PremiumBU im Überblick

Monatliche Berufsunfähigkeitsrente bis Endalter 67 (01.01.2057)	2.000,00 EUR
Monatliche lebenslange Pflegerente	2.000,00 EUR
Monatlicher Gesamt-Zahlbetrag*	116,91 EUR

* Die Überschussbeteiligung kann weder für das nächste noch für die weiteren Jahre garantiert werden. Bitte beachten Sie dazu die "Hinweise zur Überschussbeteiligung" sowie die "Erläuterungen".

Kurz und bündig

Continentale PremiumBU

Tarif PBU

- Karriere-Paket
- Pflege-Paket
- Plus-Paket

Angaben zur Person

Versicherte Person	Tobias Bierl
Geburtsdatum	01.01.1990
Ausgeübte Tätigkeit, ggf. Studienrichtung	Controller (C01371)
Berufsstatus	angestellt
Grad der Ausbildung	Akademiker
Leitungsfunktion mit mind. 5 personell unterstellten Vollzeitkräften	nein
Mind. 75% Bürotätigkeit (Innendienst) / Aufsichtstätigkeit	ja
Nichtraucher	ja

Daten zur Continentale PremiumBU (Tarif PBU)

Versicherungsbeginn	01.09.2023
Versicherungs- und Beitragszahlungszeit	33 Jahre, 4 Monate (Endalter 67)
Leistungszeit für die BU-Rente	33 Jahre, 4 Monate (Endalter 67)
Leistungsdauer für die Pflegerente	lebenslang
Beitragsdynamik	nein
Leistungsdynamik (garantierte BU-Rentensteigerung)	nein
Sofortkapital bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit	12.000,00 EUR
Überschuss-System	Beitragsverrechnung

Leistungen

Mtl. nachschüssige Berufsunfähigkeitsrente bis Alter 67	2.000,00 EUR
Monatliche lebenslange Pflegerente	2.000,00 EUR

Beiträge

Monatlicher Beitrag der Berufsunfähigkeits-Versicherung	180,69 EUR
Reduzierung durch Beitragsverrechnung der Überschüsse*	- 72,28 EUR
Zzgl. mtl. Beitrag für Optionstarif OPTION-P bis 31.08.2038	8,50 EUR
Monatlicher Gesamt-Zahlbetrag*	116,91 EUR

Unterlagen

Die folgenden Unterlagen erhalten Sie vor Antragstellung:

Allgemeine Vertragsinformationen Tarif PBU

Stand: 08/2023

* Die Überschussbeteiligung kann weder für das nächste noch die weiteren Jahre garantiert werden. Bitte beachten Sie dazu auch die „Hinweise zur Überschussbeteiligung“ sowie die „Erläuterungen“.

Pflege-Paket



Continentale PremiumBU Lebenslanger Pflegeschutz - Auch bei Demenz

Lebenslange Pflegerente

Bei Pflegebedürftigkeit während der BU-Versicherungsdauer erhalten Sie eine zusätzliche lebenslange Pflegerente in Höhe Ihrer vereinbarten BU-Rente. Die Pflegerente kann bis zu 3.500 Euro pro Monat betragen.

Aktuell vereinbarte garantierte lebenslange Pflegerente

2.000,00 Euro



Pflege-Sofortkapital - auch für Ihre Liebsten

Ein Mehrwert, der in einer schwierigen Situation für Erleichterung sorgt.

Sie erhalten bei Pflegebedürftigkeit einmalig ein Pflege-Sofortkapital in Höhe von zwölf BU Monatsrenten. In Ihrem Fall wären es garantiert: 24.000,00 Euro

Und das Beste: Auch ein naher Angehöriger, z.B. Ihr Kind oder Ehepartner sind mitversichert – ganz ohne Gesundheitsprüfung!

Wird ein naher Angehöriger in den ersten drei Versicherungsjahren aufgrund eines Unfalls oder nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre pflegebedürftig, erbringen wir auch hier jeweils ein Pflege-Sofortkapital in Höhe von zwölf BU Monatsrenten.

Plus-Paket



Continentale PremiumBU

Optimale Leistungssteigerung durch ExtraSchutz

Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit

Die „Gelbe-Schein-Regelung“ führt zu einer schnellen Leistung, denn wir leisten auch, wenn noch keine Berufsunfähigkeit bestätigt ist.

Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen und Sie über sechs Monate ununterbrochen, fachärztlich bescheinigt arbeitsunfähig waren, erhalten Sie:

- eine monatliche Rente in Höhe der versicherten BU-Rente und
- volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

Die Gesamtdauer der Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit ist auf insgesamt 24 Monate begrenzt.

Risikoversicherungs-Option

Je mehr Verantwortung Sie tragen, desto besser ist es, sich gegen Risiken abzusichern. Daher haben Sie die Möglichkeit, einmalig eine Risikoversicherung bei der Continentale Lebensversicherung AG abzuschließen.

Und das Beste: Ohne erneute Gesundheitsprüfung!

Sie können die Option bei folgenden Ereignissen ausüben:

- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes oder
- bei Erwerb einer selbstgenutzten Immobilie.

Die Todesfall-Leistung der Risikoversicherung beträgt das Zehnfache der vereinbarten BU-Jahresente Sie kann bis zu 300.000 Euro betragen.

Krebs Plus - Leistung bei schwerer Erkrankung

Bei einer fachärztlich bescheinigten Diagnose einer Krebserkrankung, eines Herzinfarkts, Schlaganfalls, Hörverlust, einer Erblindung oder eines Rollstuhlbedarfs erhalten Sie:

- für 15 Monate eine monatliche Rente in Höhe der versicherten BU-Rente
- volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Krebs Plus für Kinder

- Einmalleistung in Höhe von sechs BU-Renten (max. 6.000 EUR), wenn
 - ein Kind an Krebs erkrankt, einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder einen Hörverlust erleidet oder auf einen Rollstuhl angewiesen ist oder
 - ein minderjähriges Kind unfallbedingt mindestens 14 Tage ununterbrochen im Krankenhaus verbringt

Karriere-Paket



Continentale PremiumBU

Maximales Entwicklungspotenzial mit Zukunft

Starter-Bonus – Extra Schutz

Gerade am Anfang der Karriere ist ein ausreichender BU-Schutz von zentraler Bedeutung. Denn in den ersten fünf Jahren des Erwerbslebens sind Berufstätige grundsätzlich gar nicht durch den Staat geschützt.

Mit dem Starter-Bonus erhalten Sie bei Erwerbsunfähigkeit in den ersten fünf Jahren nach erstmaligem Berufsstart eine zusätzliche EU-Rente in Höhe von bis zu 500 Euro pro Monat.

In Ihrem Fall wären es zusätzlich garantiert: 500,00 Euro

Option auf Verdoppelung – bis zu 100% mehr Absicherung

Ausbildung oder Studium endlich geschafft? Bei erfolgreichem Abschluss und Aufnahme eines Berufs entsprechend der Ausbildung oder des Studiums, haben Sie die Möglichkeit, Ihre BU-Rente um bis zu 100 Prozent (Verdopplung) zu erhöhen. Diese kann auf bis zu 2.500 Euro pro Monat angepasst werden.

In Ihrem Fall können Sie auf 2.500,00 Euro erhöhen.

Und das Beste: Ohne erneute Gesundheitsprüfung!

Eigene Qualifikation verbessern – Beitrag senken

Berufliche Qualifikation zahlt sich aus! Wir überprüfen gerne bei einer Weiterbildung (z.B. Abschluss eines Studiums) oder einem Berufswechsel innerhalb der ersten 10 Jahre nach Versicherungsbeginn bzw. erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit, ob wir Ihren BU-Schutz zu einem günstigeren Beitrag anbieten können.

Exklusiver Rabatt – auf alle zukünftigen Nachversicherungen

Passen Sie Ihren BU-Schutz ohne erneute Gesundheitsprüfung Ihrer Lebenssituation an. Dafür stehen Ihnen eine Vielzahl von Nachversicherungsereignissen zur Verfügung:

- **Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie**
Einfach ohne besonderen Anlass – in den ersten fünf Jahren und bis max. Alter 40 Ihre BU-Rente erhöhen
- **Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie**
Bei 17 Ereignissen, ob Volljährigkeit, erster Job, oder Gehaltserhöhung – viele gute Gelegenheiten Ihren BU-Schutz anzupassen.

Exklusiv: Auch auf die „Option auf Verdopplung“ erhalten Sie den Rabatt.

Ausschließlich Sie als Kunde mit Karriere-Paket erhalten diesen einzigartigen Rabatt.

Hinweise zur Überschussbeteiligung

Continentale PremiumBU So werden Sie beteiligt

Wichtige Informationen

Um die garantierten Versicherungsleistungen in jedem Fall erbringen zu können, müssen wir die Beiträge und Leistungen entsprechend vorsichtig kalkulieren. Dadurch entstehen im Allgemeinen Überschüsse, an denen Sie im Rahmen der Überschussbeteiligung teilhaben. Die Höhe der Überschüsse hängt von den Kapitalerträgen, vom Risikoverlauf (z.B. Berufsunfähigkeitsrisiko) sowie von der Entwicklung der Kosten ab.

Da die Zukunft nicht vorhersehbar ist, können wir weder für das nächste noch für weitere Jahre eine Aussage machen, insbesondere können wir für die Höhe der künftigen Überschüsse keine Garantie geben. Die ausgewiesenen Werte beruhen auf den für das Jahr 2023 deklarierten Überschussanteilsätzen. Die tatsächlichen Leistungen können sowohl höher als auch niedriger sein. Alle im Fettdruck dargestellten Euro-Beträge enthalten keine unverbindlichen Überschusswerte.

Überschuss-Sätze für das Jahr 2023

Überschussbeteiligung vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit

Überschuss-System:

Beitragsverrechnung

Die Überschussbeteiligung beträgt derzeit 40,00% des jeweiligen Beitrags inklusive Risikozuschläge und wird direkt mit den zu zahlenden Beiträgen für die BU-Vorsorge verrechnet. Durch die Reduzierung ergibt sich Ihr Gesamt-Zahlbetrag.

Sofortbonus

Die Überschussbeteiligung beträgt derzeit 73,00% der garantierten Rente. Sie wird für eine erhöhte BU-Leistung verwendet, die bei BU zusätzlich zur garantierten BU-Rente gezahlt wird.

Verzinsliche Ansammlung

Die Überschussbeteiligung beträgt derzeit 40,00% des jeweiligen Beitrags inklusive Risikozuschläge. Sie wird mit derzeit 2,30% verzinslich angesammelt und bei Beendigung des Versicherungsvertrags ausgezahlt.

Die Überschussbeteiligung nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit

Die Überschussbeteiligung beträgt 2,05% des Deckungskapitals der BU-Versicherung.

Überschuss-System

Sie haben das Überschuss-System Beitragsverrechnung gewählt.

Erläuterungen

Continentale PremiumBU Weitere Informationen für Sie

Tarifbeschreibungen

Bei den Beschreibungen der Produktmerkmale handelt es sich um eine verkürzte Darstellung. Maßgeblich sind ausschließlich die Regelungen in den Versicherungsbedingungen.

Risikoprüfung

Dieser Vorschlag gilt unter der Voraussetzung, dass Ihr Antrag nach Abschluss der Risikoprüfung zu den Bedingungen, die diesem Vorschlag zu Grunde liegen, angenommen werden kann.

Vorliegen von Berufsunfähigkeit

Sie erhalten Ihre versicherte Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) bereits ab 50%iger Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt auch bei Pflegebedürftigkeit oder mittelschwerer Demenz vor. Schon die ärztliche Prognose einer voraussichtlich sechsmonatigen Berufsunfähigkeit löst die Rentenzahlung aus.

Unterlagen

Die folgenden Unterlagen erhalten Sie vor Antragstellung:

- Antrag auf Continentale PremiumBU nach Tarif PBU mit KV [3096/04.2023]
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten PBU/PBUS [01.2022]
- Informationsblatt zu Versicherungsprodukten OPTION-P [10.2022]
- Individuelle Vertragsinformationen Widerrufsbelehrung
- Individuelle Vertragsinformationen
- Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag [10.2022]
- Allgemeine Vertragsinformationen Tarif PBU [L041/08.2023]
- Allgemeine Versicherungsbedingungen Tarif OPTION-P [10.2022]
- Allgemeine Versicherungsbedingungen MB/KK 2009 [01.2022]
- Anhang zu den MB/KK 2009 VVG [01.2022]
- Anhang zu den MB/KK 2009 SGB [01.2022]
- Satzung Continentale KV [10.2022]
- Datenschutzhinweise [10.2022]



Ihr persönliches

Service Zertifikat

**Sie haben sich für einen hervorragenden Versicherungsschutz entschieden.
Dazu gehört auch der Continentale PremiumService, den Sie kostenlos nutzen können.
So sind Sie bei uns immer in den besten Händen.**

Unser Serviceversprechen für die Servicegrundsätze im BU-/EU-Leistungsfall

Wir nehmen innerhalb von 48 Stunden Kontakt mit Ihnen auf.
Ihr Leistungsantrag wird unbürokratisch und zügig bearbeitet – nur jeweils eine Nachfrage zum gleichen Sachverhalt;
eingehende Unterlagen werden innerhalb von vier Wochen abschließend bearbeitet.
Sie haben einen festen persönlichen Ansprechpartner.

Hilfe beim BU-/EU-Leistungsantrag

Unser Tele-Support: Auf Wunsch geht Ihr persönlicher Ansprechpartner zusammen mit Ihnen am Telefon den Leistungsantrag durch.
Unser Support-vor-Ort: Auf Wunsch nimmt eine medizinische Fachkraft (Krankenschwester) des Medical Home Service mit Ihnen
gemeinsam zu Hause den Leistungsantrag auf.

Wir sind uns sicher, unsere Servicegrundsätze einhalten zu können

Unser Serviceversprechen: Sollten wir wider Erwarten im BU-/EU-Leistungsfall nicht innerhalb von 48 Stunden (in Arbeitstagen) mit
Ihnen Kontakt aufnehmen oder innerhalb von 4 Wochen Ihre eingehenden Unterlagen bearbeiten können oder Sie keinen festen An-
sprechpartner haben, zahlen wir Ihnen 50 Euro. Natürlich ist dafür erforderlich, dass Sie für uns erreichbar sind.

Ihr Ansprechpartner: Continentale Lebensversicherung AG, Direktion München, Service-Center Leben Leistung
Telefon 089 5153-437, E-Mail sc-lebenleistung@continentale.de

Dr. Helmut Hofmeier

Vorstand Leben

im Continentale Versicherungsverbund auf Gegenseitigkeit

Thomas Pollmer

Leiter

Produktmanagement Leben

Continentale Lebensversicherung AG
Continentale Versicherungsverbund auf Gegenseitigkeit
Baierbrunner Str. 31-33 • 81379 München

Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender)
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender)

Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

Sitz der Gesellschaft: München • Handelsregister Amtsgericht München B 182765

05.2022

Vertrauen, das bleibt.

**Die
Continentale**

Kombiantrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung

Continental PremiumBU

Tarif PBU

Continental PremiumBU Start

Tarif PBUS

Continental Lebensversicherung AG

Ein Unternehmen des Continental Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Baierbrunner Straße 31-33, 81379 München

www.continentale.de

Krankenversicherung

Krankentagegeldversicherung

Tarife V-U/VA-U

Optionstarif

Tarif OPTION-P

Continental Krankenversicherung a.G.

Ein Unternehmen des Continental Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

www.continentale.de

Stand: 01.04.2023



Antrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung, Krankentagegeldversicherung und Optionstarif zur Krankenversicherung

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Die nachfolgenden Erläuterungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht gelten sowohl für den Antragsteller als auch für die zu versichernde Person. Die Anzeigepflicht ist vom Antragsteller – sowohl für sich als auch für die zu versichernde Person – zu beachten und zu erfüllen. Die dann folgenden Hinweise und Informationen über die Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung gelten auch bei einer Pflichtverletzung durch eine zu versichernde Person.

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet werden. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind uns gegenüber unverzüglich und unmittelbar schriftlich nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Welche vorvertraglichen Anzeigepflichten bestehen?

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

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang seiner Leistungspflicht

ursächlich war. Die 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. Bei einer Berufsunfähigkeits-Versicherung wird kein Auszahlungsbetrag fällig.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden, sofern es sich nicht um eine Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG handelt. Zu einer Krankheitskostenversicherung im Sinne des § 193 Abs. 3 VVG zählen alle Tarife, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante oder stationäre Heilbehandlung beinhalten, sofern diese nicht den Versicherungsschutz einer gesetzlichen Krankenversicherung ergänzen.

Bei einer Berufsunfähigkeits-Versicherung wandelt sich der Versicherungsvertrag im Falle der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

3. Vertragsanpassung und Wegfall des Versicherungsschutzes

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 Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil, können also für bereits eingetretene Versicherungsfälle zum Wegfall des Versicherungsschutzes führen.

Wenn Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt haben, verzichtet die Continentale Lebensversicherung auf das Recht zu Vertragsanpassung bzw. steht der Continentale Krankenversicherung das Recht zur Vertragsanpassung nicht zu.

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

4. Ausübung der Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt haben. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir die Erklärung stützen. Zur Begründung können nachträglich weitere Umstände angegeben werden, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung können wir uns nicht berufen, wenn der nicht angezeigte Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren (in der Krankenversicherung mit Ablauf von drei Jahren) nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsanpassung und der Ausschlussfrist für die Ausübung seiner Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.



Antrag

Berufsunfähigkeits-Versicherung, Krankentagegeldversicherung und Optionstarif zur Krankenversicherung

Vertriebspartner / interne Vermerke

VEP-Name	VEP-Nr.	Telefon-Nr.	Fremd-Nr. 1	Fremd-Nr. 2	Adress-Konto-Nr.	AKZ
						00101
Antrags-Nr. (LV)	Versicherungs-Nr. (LV)	Antrags-Nr. (KV)	Versicherungs-Nr. (KV)	Kunden-Nr. (sofern bekannt)	Weiterer Vertrag im Verbund	

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Frau Herr Firma¹ Nachname / Firma Vorname

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort¹

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefonnummer für Rückfragen²

Berufsstatus (Kennzahl für den Berufsstatus ist **immer** einzutragen – zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 10)

Selbstständig / Freiberufler seit dem Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Student Uni/FH/DH Auszubildender/BA-Student/sonst. Student Kennzahl für Berufsstatus

Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung E-Mail-Adresse²

¹ Vollständiger Name / Hauptwohnsitz laut Melderegister (siehe 6. „Datenübermittlung an Auskunfteien“ innerhalb der „Einwilligung in die Datenverarbeitung Schweigepflichtenbindungserklärung“)
² freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller)

Frau Herr Nachname Vorname

Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Geburtsdatum Staatsangehörigkeit Telefonnummer für Rückfragen¹

Berufsstatus (Kennzahl für den Berufsstatus ist **immer** einzutragen – zusätzliche Begriffserläuterungen Seite 10)

Selbstständig / Freiberufler seit dem Angestellter Arbeiter Öfftl. Dienst Beamter Student Uni/FH/DH Auszubildender/BA-Student/sonst. Student Kennzahl für Berufsstatus

Beruf (zurzeit ausgeübt), Branche bzw. Studienrichtung E-Mail-Adresse¹

¹ freiwillige Angabe zum Zweck der vertraglichen Kommunikation

Zusätzliche Angaben zur zu versichernden Person – bitte **immer** beantworten (zusätzliche Begriffserläuterungen siehe Seite 10)

Grad der Ausbildung

Akademiker (Uni/ FH/ DH) abgeschlossene Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr in der derzeitigen Tätigkeit

abgeschlossene Meisterprüfung in der derzeitigen Tätigkeit Kaufmännischer Abschluss (IHK o. VFA) Abschluss Industrie (IHK) Handwerkerlicher Abschluss (HwO o. HWK)

Haben Sie eine leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften? ja nein

Üben Sie zu mindestens 75 % eine Bürotätigkeit (Innendienst) und / oder Aufsichtstätigkeit aus? ja nein

Besondere Vereinbarungen

Ist der Antrag von besonderen Vereinbarungen abhängig (z. B. über Darlehensvergabe)? Wenn ja, von welchen?

Beigefügte Vereinbarungen / Unterlagen

Mit ärztlicher Untersuchung Weitere Angaben auf unterschriebenem Extrablatt

Sonstiges, und zwar

3096 / 04.2023 ■ Antrag PBU/PBUS + KT + Option-P



Tarif PBU oder Tarif PBUS
 Continentale PremiumBU oder Continentale PremiumBU Start
 mit Karriere-Paket Pflege-Paket Plus-Paket

Versicherungsbeginn 01 . Monat . Jahr
 Rente monatlich nachschüssig

Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer

Angaben mit Endalter		Angaben mit Dauern	
Versicherungs- und Beitragszahlungsendalter	Leistungsendalter	Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer	Leistungsdauer (gerechnet ab Versicherungsbeginn)
<input type="text" value="Jahre"/>	<input type="text" value="Jahre"/>	<input type="text" value="33 Jahre 4 Monate"/>	<input type="text" value="33 Jahre 4 Monate"/>

Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistung wegen Berufsunfähigkeit erfolgt (falls keine Eintragung: Beitragsverrechnung)

Beitragsverrechnung Verzinsliche Ansammlung Sofortbonus

Sofortkapital im Leistungsfall

ja

Leistungsdynamik

Jährliche Steigerung der BU-Rente im Leistungsfall (0,1 % bis 3,0 %)

0,5% 1,0% 1,5% 2,0% 2,5% 3,0%

Anderer Prozentsatz

Dynamik – Jährliche automatische Anpassung des laufenden Beitrags der Versicherung, bei Tarif PBUS ab dem 9. Versicherungsjahr,

um einen gleichbleibenden Satz von %¹ (ganzzahlig 2-5%)

im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%

1 Bei Vereinbarung einer Anpassung um gleichbleibend 4 oder 5 Prozent: Übersteigt bei der Anpassung die erreichte monatliche Rente (ggf. inkl. Sofortbonus) erstmalig die Höhe von 2.500 Euro, so erfolgen alle weiteren Anpassungen dann im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex, mindestens um 2%, höchstens um 6%.

Bezugsberechtigung und Rechtsnachfolge für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

Bezugsberechtigung (bitte immer namentlich benennen):

Bitte beachten Sie die Einschränkungen bei der Festlegung des Bezugsberechtigten auf Seite 9 des Antrags.

Bezugsberechtigter für den **Erlebensfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer)

Frau Herr Nach- und Vorname
 Geburtsdatum
 Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Bezugsberechtigter für den **Todesfall** der versicherten Person (falls keine Eintragung: Versicherungsnehmer oder seine Erben)

Frau Herr Nach- und Vorname
 Geburtsdatum
 Straße, Hausnummer Postleitzahl Wohnort

Rechtsnachfolge. Ist der Versicherungsnehmer (VN) nicht zugleich versicherte Person, so soll im Falle seines Todes die versicherte Person, sofern diese bei Antragstellung volljährig ist, den Vertrag als neuer VN weiterführen. Eine abweichende Regelung bitte ggf. unter Besondere Vereinbarungen vermerken (mit Unterschrift des volljährigen Rechtsnachfolgers). Die Rechtsnachfolge kann vom VN jederzeit in Textform widerrufen werden.

Leistungen / Tarifdaten – Optionstarif OPTION-P und Krankentagegeldversicherung bei der Continentale Krankenversicherung a.G., Dortmund

Erklärung des Antragstellers (sofern nicht zugleich zu versichernde Person): Ich bestätige, dass ein dauerhafter Angehörigenstatus (siehe Seite 9 Ziffer 6) zwischen Antragsteller und zu versichernder Person besteht.

Versicherungsbeginn: Der Versicherungsbeginn entspricht dem Versicherungsbeginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Vertragsdauer: Die Vertragsdauer ergibt sich aus den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife. Sollte dort keine Regelung vorhanden sein, so gilt eine Vertragsdauer von einem Versicherungsjahr. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Beitragszahlungsweise: Die Beitragszahlungsweise entspricht der Beitragszahlungsweise der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Zusätzlicher Umwandlungstermin für den OPTION-P zum 01. Monat / Jahr

OPTION-P

Krankentagegeldversicherung

Tarif	Beitrag	Tarif	Beitrag
<input type="text" value=""/>	EUR <input type="text" value=""/>	<input type="text" value=""/>	EUR <input type="text" value=""/>

Erklärungen des Antragstellers für die zu versichernde Person zur Krankentagegeldversicherung

Bei der Ermittlung der Höhe des täglichen Krankentagegeldes ist ein Anteil für Zahlungen an die Rentenversicherung (weil privat versichert) ein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung (weil gesetzlich versichert) kein Anteil für Zahlungen an die Renten-, Pflegepflicht- und Arbeitslosenversicherung oder Ersatzleistungen (z. B. berufsständisches Versorgungswerk) berücksichtigt.

A. ist selbstständig nein ja und zwar nein ja als niedergelassener Arzt, Zahnarzt, Tierarzt in eigener Praxis tätig: seit dem
 nur aufsichtsführend tätig: Anzahl der Arbeitnehmer:
 Eintragung im Handelsregister: nein ja am
 Gewerbeanmeldung / Zulassung:

B. Höhe der durchschnittlichen monatlichen Einkünfte aus beruflicher Tätigkeit (Nettoeinkommen bei Arbeitnehmern / 75% vom Gewinn bei Selbstständigen / 75% der Betriebseinnahmen bei Ärzten):

Gehalts- / Lohnfortzahlung sowie sonstige Zahlungen des Arbeitgebers bei einer Arbeitsunfähigkeit (Dauer / Betrag / % vom Nettoeinkommen, gegebenenfalls Staffelung angeben):

Ich beantrage den Erlass der Wartezeit: aufgrund einer ärztlichen Untersuchung Ein ärztliches Zeugnis wird nachgereicht liegt bei.
 wegen Übertritt aus der gesetzlichen Krankenversicherung Ein Nachweis wird nachgereicht liegt bei.

1 alle Arbeitnehmer mit regelmäßigem monatlichem Einkommen über 1/7 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV – den aktuellen Wert bitte erfragen

3096 / 04.2023 ■ Antrag PBU/PBUS + KT + Option-P



Beitragsbestandteile entsprechend Zahlungsweise

Tarif PBU		oder	Tarif PBUS		Ihr Beitrag entsprechend Zahlungsweise	
Beitrag	180,69 EUR		Anfänglicher Beitrag	EUR	Beitrag für Optionstarif OPTION-P	8,50 EUR
Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung ¹	108,41 EUR		Anfängl. Zahlbetrag bei Beitragsverrechnung ^{1,2}	EUR	Beitrag für Krankentagegeldversicherung	EUR
					Gesamtbeitrag	189,19 EUR
					Gesamt-Zahlbetrag der beantragten Versicherungen^{1,2}	116,91 EUR

1 Die Höhe der Überschussbeteiligung kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden.
 2 Der Beitrag des Tarifs PBUS steigt vom 4. bis zum 8. Versicherungsjahr jährlich an, damit auch der Gesamt-Zahlbetrag.

SEPA-Lastschriftmandat

Das nachfolgende Mandat wird als sogenanntes „Rahmenmandat“ vereinbart. Dadurch können fällige Beträge, die sich ggf. aus weiteren Verträgen mit verschiedenen Versicherern des Continentale Versicherungsverbundes ergeben, in einer Summe abgebucht werden (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben).

Sofern Sie der Continentale Krankenversicherung a.G. bereits ein Rahmenmandat erteilt haben, werden wir dieses auch für die Einziehung der fälligen Beträge aus diesem Vertrag nutzen.

Wenn Sie kein Rahmenmandat erteilen oder einer Einbeziehung dieses Vertrags in ein bereits bestehendes Rahmenmandat nicht zustimmen wollen, sondern stattdessen ein Einzelmandat wünschen, kreuzen Sie bitte das nachfolgende Feld an (bitte das Mandat ausfüllen und unterschreiben):

Aus organisatorischen Gründen werden alle Lastschriften des Continentale Versicherungsverbundes durch die Continentale Krankenversicherung a.G. (Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646) durchgeführt und mit „Continentale / Europa Verbund“ auf Ihrem Kontoauszug ausgewiesen. Hierbei handelt die Continentale Krankenversicherung a.G. im Auftrag der anderen Versicherer des Continentale Versicherungsverbundes.

Continentale Krankenversicherung a.G. • Ruhrallee 92, 44139 Dortmund • Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
 Gläubiger-Identifikationsnummer DE95ZZZ0000053646
 Mandatsreferenznummer – wird separat mitgeteilt.

Frau Herr Firma Nachname und Vorname des Kontoinhabers / Firma Kontoinhaber: Bierl, Tobias
 Geburtsdatum: 01.01.1990

Straße und Hausnummer: _____
 Postleitzahl: _____ Ort: _____

SEPA-Lastschriftmandat: Ich ermächtige die Continentale Krankenversicherung a.G., Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Continentale Krankenversicherung a.G. auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Ich bin damit einverstanden, dass ich rechtzeitig, mindestens jedoch einen Tag vor Belastung meines Kontos, bei jedem ersten Abruf sowie bei Änderungen von Betrag und / oder Abbuchungstermin über den bevorstehenden SEPA-Lastschrifteinzug unter Nennung des abzubuchenden Betrags informiert werde.

Name und Ort des Kreditinstituts: _____ IBAN: _____
 Datum: _____ Unterschrift des Kontoinhabers und / oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen:

Datenschutzhinweise bei abweichendem Beitragszahler
 Übernimmt eine andere als eine am Vertrag beteiligte Person die Beitragszahlung, erhält sie die Datenschutzhinweise mit der Vorankündigung zum SEPA-Lastschrifteinzug, wenn und soweit sie nicht bereits über die Informationen verfügt.

Empfangsbestätigung

Ich bestätige, dass ich die folgenden Unterlagen erhalten habe:

- **Vertragsinformationen Continentale Lebensversicherung AG**
 - Allgemeine Vertragsinformationen Tarif PBU oder
 - Allgemeine Vertragsinformationen Tarife PBUS, PEUS
 - Informationsblatt zu Versicherungsprodukten – Berufsunfähigkeits-Versicherung – Tarife PBU, PBUS
 - Individuelle Vertragsinformationen unter Berücksichtigung der individuellen Angaben in diesem Antrag, mit der Widerrufsbelehrung
- Die **Allgemeinen Vertragsinformationen** enthalten unter anderem die Versicherungsbedingungen, allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen und die Datenschutzhinweise.
- **Vertragsinformationen Continentale Krankenversicherung a.G. – Krankentagegeldversicherung V-UA-U und Optionstarif OPTION-P**
 Die Versicherungsbedingungen der beantragten Tarife (Teil II der Allgemeinen Versicherungsbedingungen: Tarife mit Tarifbedingungen) mit den jeweils dazugehörigen **Musterbedingungen** (Teil I der Allgemeinen Versicherungsbedingungen) sowie die weiteren Vertragsinformationen (Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag, Widerrufsbelehrung, Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Satzung Continentale Krankenversicherung a.G. und Datenschutzhinweise).
- **Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (Seite 1)**

Stand (Datum siehe Titelblatt der Allg. Vertragsinformationen): 08.2023

Unterschrift des Antragstellers / ggf. der gesetzlichen Vertreter:

Weitere Informationen

- Vertragsgrundlagen**
 Vertragsgrundlagen werden Ihr Antrag, der Versicherungsschein sowie die Ihnen vor Ihrer Vertragserklärung ausgehändigten Allgemeinen Vertragsinformationen.
- Antragsbindungsfrist**
 Die Antragsbindungsfrist beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem vollständigen Zugang sämtlicher, zur abschließenden Bearbeitung des Antrags benötigten, Unterlagen beim Versicherer. Endet diese Frist, ohne dass wir Ihren Antrag angenommen haben, sind Sie nicht mehr an diesen gebunden. Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen.
- Antragsdurchschrift**
 Eine Durchschrift dieses Versicherungsantrags wird dem Antragsteller nach Unterzeichnung des Antrags sofort ausgehändigt.



3096 / 04.2023 Antrag PBU/PBUS + KT + Option-P

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Eine Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung berechtigen. Unvollständige und unrichtige Angaben können – auch rückwirkend – zum vollständigen oder teilweisen Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bitte beachten Sie hierzu die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 1 dieses Antrags.

Bitte beachten Sie: Ein ärztliches Attest oder ärztliches Zeugnis ersetzt nicht die Beantwortung dieser Fragen. Bitte beantworten Sie die Fragen auch, wenn Sie bei unserem Unternehmen oder einem anderen Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit bereits versichert sind. Achten Sie auch darauf, dass eventuelle Korrekturen von der versicherten Person in jedem Einzelfall abgezeichnet sein müssen.

Um Ihnen die Beantwortung der einzelnen Fragen zu erleichtern, haben wir vielfach in Klammern auch Beispiele für Krankheiten usw. genannt. Es handelt sich dabei nicht um eine abschließende Aufzählung. Angaben zu bereits durchgeführten prädiagnostischen Gentests brauchen Sie in der Regel nicht zu machen (s. Erläuterung auf Seite 6). Sollte sich die Antragsbearbeitung verzögern, können wir vor Antragsannahme nochmals Fragen im obigen Sinne stellen, um dann aktuell eine Antragsentscheidung treffen zu können.

A. Allgemeine Fragen zur persönlichen Situation für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

- Sind Sie besonderen Gefahren im Beruf ausgesetzt (z. B. Umgang mit gesundheitsgefährdenden, radioaktiven, explosiven Stoffen oder Strahlen, Aufenthalt in Krisengebieten)? ja nein
 - Betreiben Sie Sportarten oder Hobbys, bei denen besondere Gefahren bestehen (z. B. Flugrisiko/Drachenfliegen/Fallschirmspringen, Klettern, Tauchen, Extremsportarten, Kampfsportarten, Teilnahme an Wettbewerben/ Rennfahrten)? ja nein

Bitte ggf. Zusatzfragebogen beifügen.

- Beabsichtigen Sie, sich innerhalb der nächsten 12 Monate länger als 3 Monate in einem Land außerhalb der Europäischen Union aufzuhalten? Grund des Auslandsaufenthalts? (Nicht anzugeben sind Aufenthalte in der Schweiz, in Island, in Norwegen, in Kanada oder in den USA) Falls „ja“, bitte den „Fragebogen Auslandsaufenthalt“ beifügen. ja nein
- Bestehen bereits Lebensversicherungen oder sind solche beantragt? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Lebensversicherung abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der Versicherungssumme in Euro? Name des Unternehmens? ja nein

B. Besondere Risikofragen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung

- Sind Sie Raucher, haben Sie also in den letzten zwölf Monaten aktiv, wenn auch nur gelegentlich, Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen? ja nein
- Bestehen für Sie bereits Absicherungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Dienstunfähigkeit oder den Verlust von Grundfähigkeiten oder sind solche beantragt? Hierzu zählen
 - private Versicherungen oder Zusatzversicherungen
 - Ansprüche aus einer betrieblichen Altersversorgung
 - Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüchen aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen

Art der Absicherung? Höhe der jeweiligen monatlichen Rente in Euro?
Name des Unternehmens bzw. des Versorgungsträgers?
- Wurden in den letzten **5 Jahren** Anträge auf Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits-, oder Grundfähigkeitsversicherung (auch Zusatzversicherung) abgelehnt, zurückgestellt oder zu erschwerten Bedingungen angenommen? Weshalb? Wann? Höhe der monatl. Rente in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Beabsichtigen Sie mit der beantragten Versicherung einen bestehenden Vertrag abzulösen? Wenn ja, welchen? Bis wann? Höhe der monatlichen Rente in Euro? Name des Unternehmens? ja nein
- Haben Sie in den letzten **5 Jahren** aus gesundheitlichen Gründen den Beruf gewechselt? Wenn ja, wann und weshalb? ja nein

- Nur ausfüllen bei Gesamtrenten¹ über 1.000 Euro (bei Ärzten über 1.500 Euro) monatlich (ggf. jeweils inkl. Sofortbonus):
 - Arbeitnehmer:** jährliches Nettoarbeitseinkommen EUR
 - Selbstständige:** Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre (aus selbstständiger Arbeit oder Gewerbebetrieb ohne Vermietung und Verpachtung)

Jahr	<input type="text"/>	EUR
Jahr	<input type="text"/>	EUR
Jahr	<input type="text"/>	EUR

Beginn der Selbstständigkeit
 - betriebliche Altersversorgung:** jährliches Bruttoarbeitseinkommen EUR

Bei Gesamtrenten¹ über 2.500 Euro monatlich bitte Einkommensnachweise bzw. Nachweise über den Gewinn / Jahresüberschuss vor Steuern der letzten 3 Jahre einreichen.

¹ Bei den Gesamtrenten sind private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften / Versorgungsträgern, sowie Anwartschaften aus berufsständischen Versorgungswerken oder auf Versorgungsansprüchen aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen mit einzubeziehen.

C. Erklärung zum Gesundheitszustand für die Berufsunfähigkeits-Versicherung, die Krankentagegeldversicherung und den Optionstarif zur Krankenversicherung

- Größe cm Gewicht kg
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **5 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - des Herzens oder des Kreislaufs** (z. B. ärztlich diagnostizierter Bluthochdruck, Herzschwäche, Herzfehler, Herzinfarkt, Herzrhythmusstörungen, Arteriosklerose, Schlaganfall, Verschlusskrankheit, Thrombose, Venenleiden, Durchblutungsstörungen)? ja nein
 - der Atmungsorgane** (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Emphysem, Schlafapnoe)? ja nein
 - an Speiseröhre, Magen, Darm, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Galle** (z. B. Sodbrennen, Magen- oder Darmgeschwüre oder -entzündungen, Fettleber oder Leberentzündung / Hepatitis, Veränderungen der Leberwerte)? ja nein
 - an Niere und Harnwegen, Prostata, Geschlechtsorganen** (z. B. Nierensteine, Nierenentzündung, Nierenversagen, Zystenniere, Blut oder Eiweiß im Urin)? ja nein
 - des Stoffwechsels** (z. B. Zuckerkrankheit, Gicht, Fettstoffwechselstörung, Schilddrüsenerkrankung)? ja nein
 - durch akute oder chronische Infektionen** (z. B. Malaria, chronische Hepatitis, Tuberkulose)? ja nein
 - des Gehirns und Nervensystems** (z. B. Anfallsleiden, Lähmungen, Parkinson, Migräne)? ja nein
 - der Wirbelsäule, Knochen, Gelenke, Muskeln, Bänder oder Sehnen** (z. B. Bewegungseinschränkungen, Hüftgelenk-Fehlstellung, Bandscheibenvorfall, Meniskusschaden, rheumatische Beschwerden, Fibromyalgie)? ja nein
 - der Haut** (z. B. Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte)? ja nein
 - der Augen** (z. B. Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien, Sehstörungen, Horn- und Netzhauterkrankung, Star-Erkrankung, erhöhter Augeninnendruck)? ja nein
 - der Ohren** (z. B. Schwerhörigkeit, Hörsturz, Tinnitus, Lärmschaden, Gleichgewichtsstörungen)? ja nein
 - durch Allergien** (z. B. Heuschnupfen, Hausstauballergie, Lebensmittelallergien, sonstige Unverträglichkeiten)? ja nein

- Haben Sie in den letzten **5 Jahren** über einen Zeitraum von mehr als 14 Tagen täglich Medikamente eingenommen? ja nein
- Wurden Sie in den letzten **5 Jahren** in Krankenhäusern, Rehabilitations- oder Kureinrichtungen untersucht, behandelt oder operiert? ja nein
- Sind oder waren Sie in den letzten **5 Jahren** in ambulanter Behandlung von Ärzten oder Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Psychotherapeut, Physiotherapeut)? ja nein
- Bestehen oder bestanden bei Ihnen in den letzten **10 Jahren** Krankheiten oder Beschwerden
 - der Psyche** (z. B. Depressionen, Angstzustände oder Zwangsstörungen, Neurose, vom Arzt diagnostizierter Stress- oder Erschöpfungszustand, Essstörung, Schmerzsyndrom, Burn-out-Syndrom, psychosomatische Störung, Suizidversuch)? ja nein
 - der Blut bildenden Organe, Blut- oder Tumorerkrankungen** (z. B. Krebs, Anämie, Leukämie, Zyste, Lymphknoten)? ja nein
- Nehmen oder nahmen Sie in den letzten **10 Jahren** Drogen, drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel? Wurden Sie in den letzten **10 Jahren** deswegen oder wegen Alkoholkonsums und/oder dessen Folgen beraten oder behandelt? ja nein
- Bestehen bei Ihnen chronische Erkrankungen bzw. dauerhafte körperliche Behinderungen? Wenn ja, welche / aufgrund welchen Leidens (z. B. Multiple Sklerose, Colitis ulcerosa, Morbus Crohn, rheumatoide oder infektiöse Erkrankungen)? Besteht ein Grad der Behinderung (GdB), ein Grad der Schädigungsfolge (GdS) / eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (MdE) oder eine Wehrdienstbeschädigung (WDB)? ja nein
- Sind Sie zurzeit mit Arbeitsunfähigkeits-Bescheinigung krankgeschrieben? ja nein
- Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (positiver AIDS-Test) oder warten Sie noch auf das Ergebnis eines durchgeführten AIDS-Tests? ja nein
- Wer ist Ihr Hausarzt bzw. welcher Arzt ist über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten informiert (Name, Anschrift und Fachrichtung)?

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im Fragenblock auf Seite 6.

3096 / 04.2023 ■ Antrag PBU/PBUS + KT + Option-P



Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (Fortsetzung)

D. Besondere Risikofragen für die Krankentagegeldversicherung und dem Optionstarif OPTION-P

1. Bestehen Krankheiten oder Beschwerden, die unter C.2. erfragt wurden, die nicht behandelt wurden, (auch unerfüllter Kinderwunsch) oder sind noch Maßnahmen (z. B. stationäre Behandlung, Operationen, Kur, Hyposensibilisierung) vorgesehen oder wurde eine psychotherapeutische Behandlung angeraten? ja nein

2. Besteht Hilfsmittelbedarf oder bestehen Defizite körperlicher oder geistiger Art? ja nein

3. Wird eine Brille oder werden Kontaktlinsen getragen bzw. sind solche angeraten? ja nein

4. Bestanden in den letzten **5 Jahren** oder bestehen folgende Versicherungen? Wurden folgende beantragt oder beantragte Versicherungen abgelehnt? ja nein

Gesetzliche Krankenversicherung, Ergänzungsversicherung zur gesetzlichen Krankenversicherung, Private Krankheitskosten-/Krankenhauskostenversicherung, Krankentagegeldversicherung, Krankentagegeldversicherung/Krankengeldanspruch, Pflegepflichtversicherung, Pflegezusatzversicherung

Wenn ja, bitte Versicherer, Versicherungsnummer und Zeitraum angeben. Wurde die Versicherung beendet? Falls ja, von wem? Bitte auch weitere Angaben zu bestehenden Versicherungen oder Versicherungen, die bestanden haben.¹

¹ Erstattungsprozentsatz für Zahnersatz; Höhe des Krankentagegeldes in Euro; Höhe des Krankentagegeldes in Euro inkl. Karenzzeit; Höhe des Pflegegeldes in Euro

Nur für den Optionstarif OPTION-P auszufüllen:

5. Sind Sie werdender Elternteil oder haben Sie sich bei einer Adoptionsvermittlungsstelle um eine Adoption beworben bzw. soll eine Auslands-Adoption in Deutschland anerkannt werden? ja nein

Wenn ja, bitte den Geburtstermin laut Mutterpass oder den beabsichtigten Adoptionstermin angeben.

6. Fehlen Zähne, die nicht ersetzt sind (ausgenommen Weisheitszähne und Milchzähne)? ja nein

Wenn ja, bitte Anzahl angeben.

7. Ist das Gebiss mit herausnehmbarem und/oder festsitzendem Zahnersatz (z. B. Brücken, Kronen, Zahnprothesen) versorgt, der älter als **10 Jahre** ist? ja nein

Wenn ja, bitte die Anzahl der so versorgten Zähne (bei Brücken auch die Anzahl der überkronten Nachbarzähne) angeben.

8. Sind zahnärztliche/kieferorthopädische Behandlungen (z. B. Inlays, Parodontosebehandlung, Zahnersatz oder Implantate) notwendig, angeraten oder wurden solche begonnen bzw. fanden in den letzten 12 Monaten Parodontosebehandlungen / Behandlungen wegen Zahnfleischerkrankungen statt? ja nein

Wenn ja, welche Behandlungen? Wer kann Auskunft geben?

9. Sind Zähne mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt? ja nein

Wenn ja, bitte die Anzahl und das Alter des Zahnersatzes angeben.

Falls Sie eine oder mehrere Fragen bejaht haben, ergänzen Sie dazu bitte die Details im anschließenden Fragenblock.

Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen A. 1. – 4., B. 1. – 5. und D. 4. – 5.

Zu Frage Nr.	

Zusätzliche Angaben zu den mit „Ja“ beantworteten Fragen C. 1. – 10., D. 1. – 3. und D. 8. – 9.

Bitte verwenden Sie ggf. mit Verweis auf die jeweilige Frage ein Extrablatt mit Unterschrift.

Zu Frage Nr.	Art, Verlauf, Folgen (z. B. Krankheit, Verletzung), Befund/Diagnose der Untersuchung, verordnete Medikamente (Name, Dosierung)	Wann? Wie oft? Wie lange? AU-Zeiten?	Behandelnde Ärzte, Angehörige sonstiger Gesundheitsberufe (z. B. Krankengymnast, Heilpraktiker, Physiotherapeut), Krankenhäuser, Kureinrichtungen mit Anschrift

Bitte auch Ihnen vorliegende Befunde / Krankenhaus- oder Kurentlassungsberichte mit einreichen.

Genetische Untersuchungen und Analysen – Durchführung und Verwendung prädiktiver Gentests

Die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. dürfen nach dem Gendiagnostikgesetz (GenDG) von dem Antragsteller oder der zu versichernden Person weder vor noch nach Abschluss des Versicherungsvertrags die Vornahme genetischer Untersuchungen oder Analysen verlangen. Auch dürfen sie weder die Mitteilung von Ergebnissen oder Daten aus bereits

vorgenommenen genetischen Untersuchungen oder Analysen verlangen noch solche Ergebnisse oder Daten entgegennehmen oder verwenden, es sei denn, es wird eine Versicherungsleistung von mehr als 300.000 Euro als Kapitalauszahlung oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente vereinbart.

Vorerkrankungen und bestehende Erkrankungen sind jedoch anzuzeigen; insoweit sind die vorvertraglichen Anzeigepflichten nach dem Versicherungsvertragsgesetz zu beachten.



Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung

Zur Bearbeitung Ihres Antrags und zur Durchführung des Versicherungsvertrags müssen wir, die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G., auch Gesundheitsdaten oder andere besonders schutzwürdige Daten verarbeiten. In den nachfolgend genannten Fällen benötigen wir dazu Ihre Einwilligung.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Informationen, die der Schweigepflicht unterliegen, bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben oder an einbezogene Dritte, z. B. Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen. Der Schweigepflicht unterliegen insbesondere Ihre Gesundheitsdaten, aber auch andere Informationen, z. B. dass ein Vertrag mit Ihnen besteht.

1 Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G.

Zur Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten bei der Risikoprüfung im Antragsfall (Risikoprüfung) benötigen wir Ihre Einwilligungserklärung. In der Risikoprüfung nutzen wir auch vollautomatisierte Verfahren zur Einschätzung individueller Risiken. Dadurch kann zügig und kostengünstig entschieden werden, ob und zu welchen Bedingungen Versicherungsschutz geboten werden kann.

Auch in der Leistungsprüfung können Gesundheitsdaten vollautomatisiert verarbeitet werden. Wir prüfen dabei maschinell, ob und in welchem Umfang Sie eine Leistung beanspruchen können. Berechtigte Ansprüche können so schneller erfüllt und unberechtigte abgelehnt werden. Hierzu benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine in diesem Antrag, in einem früheren Antrag oder Vertragsverhältnis und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten verarbeitet, soweit dies zur Risikoprüfung sowie zum Abschluss dieses Versicherungsvertrags erforderlich ist.

Weiter willige ich ein, dass meine Gesundheitsdaten in der Risiko- und/oder Leistungsprüfung in einem Verfahren zur automatisierten Entscheidung im Einzelfall verarbeitet werden.

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

2.1 Abfrage bei Dritten zur Risiko- und Leistungsprüfung

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

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

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

Möglichkeit I:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG ja, für Continentale Krankenversicherung a.G.
Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. – soweit es für die Risikoprüfung oder für die Leistungsprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen, sonstigen Angehörigen eines Heilberufs sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verarbeitet.

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

Soweit es für die Abfrage erforderlich ist, bin ich auch damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang meine Gesundheitsdaten und andere der Schweigepflicht unterliegende Informationen durch die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. an diese Stellen weitergegeben werden. Insoweit befreie ich die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht. Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen. Dann werde ich auch darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst vorlegen kann.

Möglichkeit II:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG ja, für Continentale Krankenversicherung a.G.
Ich wünsche, dass mich die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. in jedem Einzelfall informieren, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

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

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

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

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes (für die Continentale Lebensversicherung AG)

Zur Leistungsprüfung kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Das gilt auch für die bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss mögliche Prüfung, ob bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikoprüfung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten. Falls Sie keine Entscheidung treffen, gilt Möglichkeit I als vereinbart.

Möglichkeit I:

ja, für Continentale Lebensversicherung AG
Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegenden Informationen bei anderen Stellen wie oben unter Ziffer 2.1. (Möglichkeit I Absätze 1 bis 3) beschrieben zu. Dies gilt für die Leistungsprüfung bzw. eine erforderliche erneute Antragsprüfung.

Möglichkeit II:

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

3 Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und anderer der Schweigepflicht unterliegender Informationen an Stellen außerhalb der Continentale Lebensversicherung AG und der Continentale Krankenversicherung a.G.

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

3.1 Übertragung von Aufgaben auf Dienstleister

Wir übertragen bestimmte Aufgaben im Bereich der Risikoprüfung, Vertragsverwaltung oder der Leistungsprüfung auf andere Gesellschaften des Continentale Versicherungsverbundes oder einen anderen Dienstleister. Alle Dienstleister sind zur Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit sowie zur Geheimhaltung verpflichtet.

Für die Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten durch einige Dienstleister benötigen wir Ihre Einwilligung. Wir führen eine fortlaufend aktualisierte Liste über diese Dienstleister und Kategorien von Dienstleistern in unseren Datenschutzhinweisen, unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültigen Datenschutzhinweise finden Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Dienstleister bitten wir Sie um Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Dienstleister übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. dies tun dürfte.

3.2 Datenweitergabe an Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer dafür weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich der Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass wir Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag dem Rückversicherer vorlegen. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer uns aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherer die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob wir das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt haben. Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherer weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherer weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verarbeitet. Ohne die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherer werden Sie von uns unterrichtet.

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

3.3 Datenweitergabe an den Versicherungsnehmer

Wenn Sie als versicherte Person nicht selbst Antragsteller bzw. Vertragspartei sind (z. B. Ehepartner), kann es erforderlich sein, dass wir dem Versicherungsnehmer Daten mitteilen, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen. Das gilt insbesondere für die Ergebnisse der Risikoprüfung wie die Versicherbarkeit einschließlich der Feststellung etwaiger Ausschlüsse vom Versicherungsschutz wegen bestimmter Erkrankungen.

Auch zur Durchführung des Versicherungsvertrags kann es erforderlich sein, dem Versicherungsnehmer Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit geben, zur Kenntnis zu geben. Das gilt insbesondere, wenn an den Versicherungsnehmer Hinweise auf zu erfüllende vertragliche Anzeige- und Auskunftspflichten oder zur Einhaltung von Fristen gegeben werden müssen sowie für die Mitteilung der Ergebnisse der Leistungsprüfung. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, für diesen Fall einen Versicherungsschutz anzubieten.



Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtbindungserklärung (Fortsetzung)

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – soweit dies für die oben genannten Zwecke erforderlich ist – dem Versicherungsnehmer gegenüber offenlegt. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Versicherungsvertreter

Wir geben in der Regel keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Versicherungsvertreter (Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler) weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, Versicherungsvertretern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Versicherungsvertreter Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann. Der Versicherungsvertreter, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

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

Für die Datenweitergabe in diesen Fällen benötigen wir Ihre Einwilligung. Die Einwilligung gilt auch für die Übermittlung von Gesundheitsdaten an Dienstleistungsgesellschaften, die vom Versicherungsvertreter für die Entgegennahme von Daten beauftragt sind. Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsvertreter angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvertreter ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvertreter und Dienstleister von Versicherungsvertretern übermittelt und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich dazu die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

3.5 Datenweitergabe an selbstständige Abschlussvertreter nach Ende ihrer Betreuung

Im Laufe eines Versicherungsvertrags kann es vorkommen, dass ein selbstständiger Versicherungsvertreter, der Ihren Vertrag vermittelt oder erweitert hat (sog. Abschlussvertreter), und diesen auch betreut hat, Ihren Versicherungsvertrag nicht weiter betreut (z. B. aufgrund der Beendigung des Vermittlervertrags mit uns oder aufgrund unserer oder Ihrer Entscheidung, dass ein anderer Versicherungsvertreter Ihren Vertrag betreuen soll).

In einem solchen Fall kann es dazu kommen, dass diesen Abschlussvertretern auch nach Ende ihrer Betreuung Ihres Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags übermittelt werden. Dies ist erforderlich, um unsere vertraglichen Verpflichtungen gegenüber dem jeweiligen Abschlussvertreter zu erfüllen.

Dies schließt auch den Maklerpool, dem der Versicherungsmakler angehört, sowie andere zwischengeschaltete Versicherungsvertreter ein. Ohne Erteilung dieser Einwilligung wird es uns nicht möglich sein, einen Versicherungsschutz anzubieten.

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. an Versicherungsvertreter und Dienstleister von Versicherungsvertretern auch nach Ende ihrer Betreuung meines Vertrags noch Daten über Veränderungen des Vertrags, die Zahlung und Nichtzahlung von Beiträgen und/oder die Beendigung oder die Beitragsfreistellung des Vertrags – soweit erforderlich – übermittelt, und diese dort verarbeitet werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

4 Verarbeitung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

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

Ich willige ein, dass die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken verarbeitet.

5 Verarbeitung von genetischen Daten gemäß Gendiagnostikgesetz bei der Continentale Lebensversicherung AG

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

Eine Verarbeitung kann in den Fällen durchgeführt werden, wenn eine Leistung von mehr als 300.000 Euro oder mehr als 30.000 Euro Jahresrente in der Lebens-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegerentenversicherung vereinbart wird. Wir verarbeiten in diesem Zusammenhang Ergebnisse und Daten aus vorgenommenen genetischen Untersuchungen und Analysen zur Risikoprüfung und Leistungsprüfung.

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

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

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

- entsprechend Ziffer 1 zur Risikoprüfung sowie zur Begründung dieses Versicherungsvertrags verarbeitet;
- entsprechend meiner unter Ziffer 2.1 und 2.2 getroffenen Auswahl zur Risikobeurteilung und Prüfung der Leistungspflicht bei Dritten abfragt;
- entsprechend Ziffer 3.1 an die in der erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und diese für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang verarbeitet werden, wie die Continentale Lebensversicherung AG dies tun dürfte;
- entsprechend Ziffer 3.2 an Rückversicherer übermittelt und von diesen zu den genannten Zwecken verarbeitet werden;
- entsprechend Ziffer 4 verarbeitet, wenn der Vertrag nicht zustande kommt.

6 Datenübermittlung an Auskunfteien

Im Zusammenhang mit der Antragstellung wird zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos eine Bonitätsauskunft eingeholt.

Zu diesem Zweck entbinde ich die für die Continentale Lebensversicherung AG und die Continentale Krankenversicherung a.G. tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Für die Bonitätsprüfung benötigen wir die Angabe des vollständigen Namens und die Adressdaten des Hauptwohnsitzes laut Melderegistereintrag. Bei falschen Angaben behalten wir uns die Möglichkeit des Rücktritts und der Anfechtung des Vertrags vor.

7 Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

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

Geben Sie uns Ihre Erklärung und Einwilligung im Fall der Ziffern 2.1, 3.1 bis 3.5 und 6 zum Zeitpunkt der Antragstellung nicht ab, kann dies zu einer Verzögerung der Risikoprüfung führen oder der Abschluss des Versicherungsvertrags ist nicht möglich. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung bei der Continentale Lebensversicherung AG oder Continentale Krankenversicherung a.G. zu einem späteren Zeitpunkt, kann dies zu einer Verzögerung bei der noch nicht abgeschlossenen Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen. Widerrufen Sie Ihre Einwilligung im Fall der Ziffer 3.1 nach Begründung des Versicherungsvertrags unter Nennung des Dienstleisters sowie Darlegung Ihrer besonderen Situation, werden wir eine Interessensabwägung der konkreten Sachlage vornehmen und Sie über unser Ergebnis informieren.

Ist ein sonstiger Widerruf treuwidrig oder wird dadurch die weitere Vertragsdurchführung unmöglich, können wir einen solchen Widerruf nicht berücksichtigen.

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

Zielmarkt (Bestätigung des Vermittlers bei Beantragung einer Berufsunfähigkeits-Versicherung)

Der Verkauf des Versicherungsprodukts erfolgt innerhalb des Zielmarktes.

Abweichend: Der Verkauf erfolgt nicht innerhalb des Zielmarktes und die Begründung ist auf einem Zusatzblatt beigefügt.

Schlusserklärung und Antragsunterschriften

Meine Angaben in diesem Antrag sind vollständig und richtig. Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht“ auf Seite 1 habe ich zur Kenntnis genommen. Mit meiner Unterschrift gebe ich die vorstehenden Erklärungen, insbesondere die „Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung“, sowie die Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person zur Krankentagegeldversicherung und zum Optionstarif auf Seite 9 ab.

Ich bestätige, dass ich am Vertrag beteiligte Personen zu den Datenschutzhinweisen informiere. Ich bin damit einverstanden, dass der Versicherungsschutz schon vor dem Ablauf der Widerrufsfrist beginnt.

Datum Unterschrift des Antragstellers und / oder der gesetzlichen Vertreter,
z. B. bei Minderjährigen

Datum Unterschrift der zu versichernden Person ab Alter 16
und / oder der gesetzlichen Vertreter, z. B. bei Minderjährigen

Datum Unterschrift des Vermittlers



Bezugsberechtigter – Berufsunfähigkeits-Versicherung

Bei der Festlegung des Bezugsberechtigten für die Versicherungsleistungen gelten für folgende Tarife Einschränkungen:

- Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU und PBUS
- Erwerbsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PEU und PEUS
- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach den Tarifen PBUZB und PBUZR
- Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach den Tarifen PEUZB und PEUZR

Als Bezugsberechtigte für die genannten Tarife können folgende Personen festgelegt werden:

1. die versicherte Person
2. Personen, die nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 2 Versicherungsteuergesetz (VersStG) i.V.m. § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und § 15 Abgabenordnung (AO) in einem persönlichen bzw. rechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen.

Diese sind zum Beispiel:

- Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Lebensgemeinschaft
- Elternteil oder Kind einschließlich Adoptivelternteil oder Adoptivkind
- Geschwister

Diese Einschränkungen, welche wir aufgrund einer Änderung des § 4 VersStG vorgenommen haben, gelten ab 01.01.2022 bei Vertragsabschluss sowie während der gesamten Vertragslaufzeit und nur für Versicherungsnehmer, die in Deutschland steuerlich ansässig sind.

Tarife, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung – inklusive Rückdeckungsversicherungen zu Unterstützungskassen und Pensionszusagen – abgeschlossen werden, sowie Tarife der Basisversorgung sind von dieser Einschränkung nicht betroffen.

Stand: 01/2022

Den jeweils aktuellen Stand können Sie auf unserer Internetseite www.continentale.de einsehen. Mögliche Bezugsberechtigte teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

Erklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person zur Krankentagegeldversicherung und zum Optionstarif

1. Grundlage des Versicherungsvertrages

Ich bin damit einverstanden, dass die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den beantragten Tarife Bestandteil des Versicherungsvertrages werden. Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen bestehen aus den Tarifbedingungen, Musterbedingungen/Rahmenbedingungen und den Besonderen Bedingungen.

2. Zustandekommen des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag nicht zustande kommt, bevor der Versicherungsschein übermittelt oder angeboten wird oder der Versicherer schriftlich die Annahme des verbindlichen Antrags erklärt.

3. Erklärung zur Krankentagegeldversicherung

Für die Krankentagegeldversicherung bestätige ich hiermit, dass das beantragte Tagegeld zusammen mit sonstigen Krankentage- oder Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende, Nettoeinkommen nicht übersteigt. Ich verpflichte mich, Verminderungen des Nettoeinkommens unverzüglich in Textform mitzuteilen.

4. Wartezeiterlass

Soweit ich den Erlass der Wartezeiten aufgrund einer ärztlichen Untersuchung beantragt habe, **übernehme ich** die Untersuchungskosten. Geht das ärztliche Zeugnis nicht innerhalb von 28 Tagen nach Stellung des Antrags ein, dann gilt der Antrag für den Abschluss einer Versicherung mit bedingungsge-
mäßigen Wartezeiten.

5. Informationen zur Tarifvariante „BKK“

Eine Versicherung nach den beantragten Tarifen in der Tarifvariante „BKK“ begründet eine Beitragsvergünstigung von 3 % (für die Tarife CEJ, StartA, StartK, StartS und StartZ sind in der Tarifvariante „BKK“ abweichende Vergünstigungen im Beitrag enthalten). Der reduzierte Beitrag ist im Antrag und Versicherungsschein ausgewiesen. Diese Beitragsvergünstigung wurde bei der Beitragsfestsetzung bereits berücksichtigt und gilt für den Zeitraum, in dem eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung bei der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“ besteht. Während dieser Zeit wird die Tarifbezeichnung um „BKK“ ergänzt.

Für die Dauer einer Ausbildungsversicherung nach den Besonderen Bedingungen AZ ist eine Beitragsvergünstigung für die Tarifvariante „BKK“ nicht vorgesehen.

Endet die Mitgliedschaft oder die Familienversicherung in der Betriebskrankenkasse „Continentale Betriebskrankenkasse“, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Versicherung in der Tarifvariante „BKK“. Die Versicherung wird dann ohne Beitragsvergünstigung fortgesetzt. In diesem Fall können Sie die Versicherung für die Tarife StartA, StartK, StartS und StartZ innerhalb von zwei Monaten nach dem Wegfall der Beitragsvergünstigung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Sollte eine Mitgliedschaft oder eine Familienversicherung nicht zustande kommen, wird die Versicherung ohne Beitragsvergünstigung geführt.

Für die korrekte Vertragsführung ist es erforderlich, dass die Continentale Krankenversicherung die Continentale BKK während der Zeit der Mitgliedschaft oder Familienversicherung bei der Continentale BKK über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meines / unseres Versicherungsschutzes nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. sowie über eine Namensänderung (z.B. nach Heirat) oder Adressänderung (z.B. nach Umzug) und über Versicherungszeiten informiert.

Weiter ist es erforderlich, dass die Continentale BKK die Continentale Krankenversicherung a.G. über das Nichtzustandekommen, den Beginn, das Bestehen und die Beendigung meiner Mitgliedschaft oder Familienversicherung sowie über eine Namens- oder Adressänderung und über Versicherungszeiten informiert. Hierfür benötigen wir, die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Continentale BKK jeweils Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für uns, falls in diesem Zusammenhang geschützte Informationen weitergegeben werden müssen (siehe Seite 7 f.- Einwilligung in die Datenverarbeitung und Schweigepflichtentbindungserklärung).

Der Datenaustausch endet für einen Versicherten automatisch, wenn die Mitgliedschaft oder Familienversicherung des Versicherten mit der Continentale BKK endet und die Continentale Krankenversicherung a.G. über die Beendigung informiert wurde. Gleiches gilt, wenn für den jeweils Versicherten kein Versicherungsschutz mehr nach den Exklusivtarifen der Continentale Krankenversicherung a.G. besteht und die Continentale BKK über die Beendigung informiert wurde.

6. Dauerhafter Angehörigenstatus

Als dauerhafter Angehörigenstatus zählen folgende Status der versicherten Person: Ehegattin/Ehegatte; Lebenspartnerin/Lebenspartner nach LPartG; Kind/Mutter/Vater; Schwiegermutter/Schwiegervater; Schwiegertochter/Schwiegersonn; Großmutter/Großvater; Adoptivkind; Enkelkind; Schwester/Bruder; Tante/Onkel; Schwägerin/Schwager; Nichte/Neffe.



Umfang der ärztlichen Untersuchungen in Abhängigkeit vom beantragten Versicherungsschutz – Berufsunfähigkeits-Versicherung

Unabhängig von diesen Grenzen sind die Gesundheitsfragen immer vollständig zu beantworten.
(Ausfüllverzicht siehe Medical Home Service)

Bei den Summengrenzen sind die bei der Continentale Lebensversicherung AG bestehenden Vorversicherungen, welche innerhalb der letzten 5 Jahre abgeschlossen wurden, ein ggf. bestehender Todesfall- / Sofortbonus bzw. eine ggf. bestehende Sofortbonus-Rente zu berücksichtigen.

Versicherungsschutz	Umfang der ärztlichen Untersuchung
Über 400.000 EUR Todesfall-Leistung 2.500 EUR mtl. BU/EU-Rente	oder Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test durch praktischen Arzt oder Facharzt für innere Medizin zusätzlich <ul style="list-style-type: none"> ■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher) ■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)
Über 1.000.000 EUR Todesfall-Leistung 3.000 EUR mtl. BU/EU-Rente	oder Zusätzlich zur Untersuchung auf üblichem Attestformular (Ärztliches Zeugnis) mit den angegebenen Laborwerten inkl. HIV-Test, jedoch durch den Facharzt für innere Medizin <ul style="list-style-type: none"> ■ kleine Lungenfunktionsprüfung ■ Echocardiographie (2D Echo) ■ abdominale Sonographie ■ Zusatzlaborwerte (jeweils mit Angabe des Labor-Normbereichs): Bilirubin, Harnstoff, GOT, Quick ■ Cotinintest (nur bei Beantragung der Risikoversicherung für Nichtraucher) ■ Zusatzlaborwert nt-pro BNP (ab Eintrittsalter 50 Jahre)

Begriffserläuterungen – Berufsunfähigkeits-Versicherung

Berufsstatus

Hier ist der zum Zeitpunkt der Antragstellung geltende Berufsstatus anzugeben. Daher entfällt beispielsweise bei Schülern und Hausfrauen / -männern jegliche Angabe.

Bei Zeit- und Berufssoldaten entfällt die Angabe ebenfalls, der Berufsstatus wird in dem mit dem Antrag einzureichenden Bundeswehrfragebogen erfasst. Bei freiwillig Wehrdienstleistenden gilt der vor Aufnahme des Wehrdienstes zuletzt ausgeübte Beruf und Berufsstatus.

Grad der Ausbildung

Eine Meisterprüfung oder eine abgeschlossene Berufsausbildung in einem anderen, nicht ausgeübten Beruf, führt nicht zu einer Besserstufung in der derzeit ausgeübten Tätigkeit. Diese Beschränkung gilt nicht bei Akademikern.

Berufsausbildung mit Regelausbildungszeit von 3 Jahren oder mehr

Die Regelausbildungszeit ist die in der jeweiligen Ausbildungsverordnung für die Berufsausbildung festgelegte „Basis“-Zeit. Die im konkreten Einzelfall benötigte Zeit bis zum Abschluss der Ausbildung kann sowohl kürzer als auch länger sein.

Ein kaufmännischer Abschluss wird mit einem Prüfungszeugnis (IHK) im kaufmännischen Bereich oder einem Kaufmannsgehilfenbrief (IHK) nachgewiesen.
Der Abschluss zum Verwaltungsfachangestellten (VFA) ist der abgeschlossenen kaufmännischen Ausbildung gleichgestellt.

Ein Abschluss Industrie wird mit einem Prüfungszeugnis (IHK) im Bereich Industrie oder einem Facharbeiterbrief (IHK) nachgewiesen.

Ein handwerklicher Abschluss wird mit einem Prüfungszeugnis (Handwerksordnung/HwO) oder einem Gesellenbrief (Handwerkskammer/HWK) nachgewiesen.

Akademiker/Student Uni/FH/DH

Akademiker sind Personen, die einen akademischen Grad einer deutschen Hochschule gemäß den Hochschulgesetzen der jeweiligen Bundesländer (z. B. Universität; Technische Universität (TU), Fachhochschule (FH)) nachweisen können (Diplom, Bachelor, Master, Staatsexamen). Duale Hochschulen (DH) führen zu einem akademischen Abschluss in Baden-Württemberg und Rheinland-Pfalz. Nicht zu den Akademikern zählen Absolventen von Berufsakademien (BA).

Ein ausländischer akademischer Grad einer Universität wird anerkannt, wenn der Abschluss der internationalen Universität in Deutschland als Abschluss anerkannt ist.

Bei Studenten einer Hochschule, die zu einem akademischen Abschluss führt, wird bereits während ihres Studiums ein akademischer Abschluss unterstellt.

Leitende Tätigkeit mit mindestens 5 personell unterstellten Vollzeitkräften

Bei der Bestimmung der Anzahl der Vollzeitkräfte werden alle personell unterstellten Vollzeitkräfte sowie anteilig auch die personell unterstellten teilzeitbeschäftigten Mitarbeiter berücksichtigt. Nicht berücksichtigt werden Mitarbeiter mit einer geringfügigen Beschäftigung, Mitarbeiter auf 1-Euro-Basis sowie sonstige Aushilfskräfte und Mitarbeiter mit Zeitarbeitsverträgen unter sechs Monaten.

Bürotätigkeit/Aufsichtsführung

Bürotätigkeit und Aufsichtsführung können sich nur dann auf die Tarifierung auswirken, wenn die Summe aus Bürotätigkeit und Aufsichtsführung zusammen mindestens 75% der Gesamttätigkeit ausmacht.

Bürotätigkeit umfasst das Ausüben von Aufgaben wie Verwaltung, Organisation, Planung, Entwicklung, Beratung oder auch kaufmännischen Tätigkeiten in einem Büro. Tätigkeiten im Rahmen eines Arztpraxisbetriebs fallen nicht unter den Begriff Bürotätigkeit.

Aufsichtsführung bedeutet die Überwachung, Kontrolle und Steuerung von fachlich unterstellten Mitarbeitern, um Schäden zu vermeiden oder um zu garantieren, dass die Tätigkeiten nach vorhandenen Standards bzw. Vorschriften erledigt werden (Sicherstellung der Qualität der erledigten Tätigkeiten). Die Aufsichtsführung erfolgt ohne eigene Mitarbeit. Die Ausbildung von Mitarbeitern zählt nicht zur Aufsichtsführung.

Kennzahlen für den Berufsstatus – Krankentagegeldversicherung und Optionstarif OPTION-P

11 = Selbstständige / r	40 = geringfügig Beschäftigte / r (pflichtversichert)	73 = Auszubildende / r und dualer Student / in (BA / FH)
12 = juristische Person	41 = geringfügig Beschäftigte / r (versicherungsfrei)	74 = Student / in
13 = Freiberufler / in	42 = sozialversicherungsfreie / r Angestellte / r	76 = Wehrdienstleistende / r
21 = Beihilfeberechtigte / r (Beamte / r)	51 = Versorgungsempfänger / in und Pensionär	77 = Schüler / in 2. Bildungsweg
22 = Beamtenanwärter / in	52 = Rentner / in	78 = Bundesfreiwilligendienstleistende / r
23 = Arbeitnehmer / in im öffentlichen Dienst	61 = Hausfrau / Hausmann	79 = Meisterschüler (Vollzeit)
27 = Heilfürsorgeempfänger / in	71 = Kind	80 = Arbeitsuchende / r
30 = Arbeitnehmer / in	72 = Schüler / in	
35 = Arzt in Facharztausbildung		

Risikoträger

Continentale Lebensversicherung AG
– Direktion –
Baierbrunner Str. 31-33, D-81379 München
Postfach, D-81357 München
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: München
Handelsregister Amtsgericht München B 182 765
USt-ID-Nr: DE 124 906 368

Continentale Krankenversicherung a.G.
– Direktion –
Ruhrallee 92, D-44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,
Dr. Thomas Niemoeller, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer
Sitz der Gesellschaft: Dortmund
Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271
USt-ID-Nr: DE 124 906 368

3096 / 04.2023 ■ Antrag PBU/PBUS + KT + Option-P



Name des Vermittlers

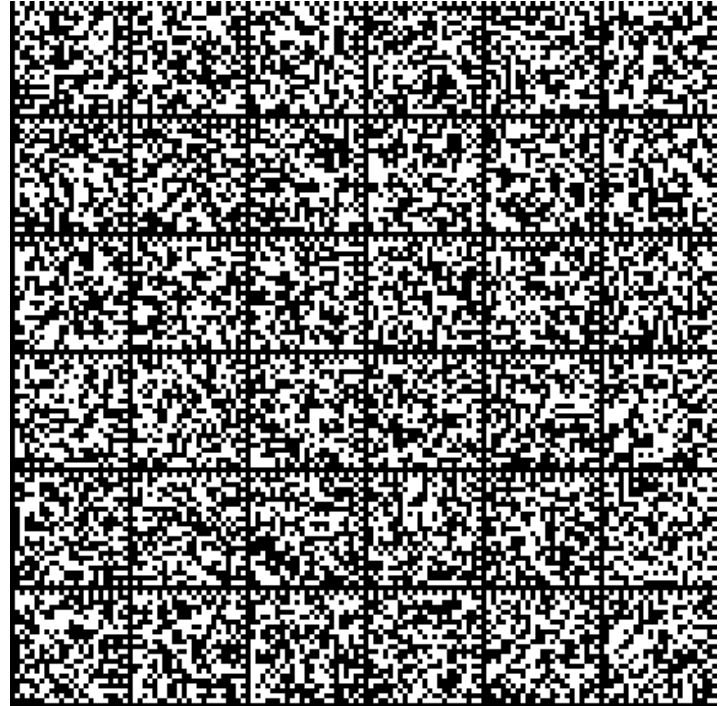
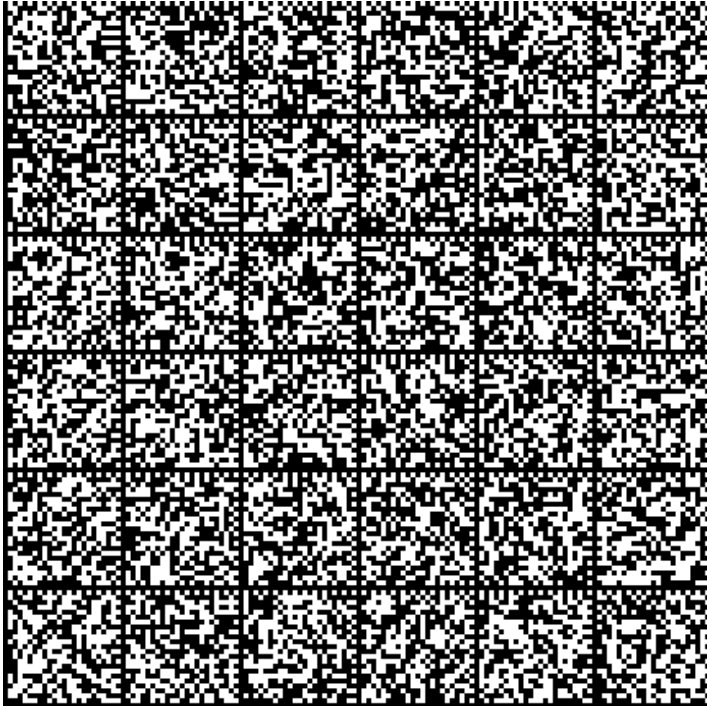
VEP-Nummer

Name des Versicherungsnehmers

Name der versicherten Person



Mit Hilfe des Barcodes können Anträge schneller erfasst und in die Verwaltungssysteme übernommen werden. Dadurch können Arbeitsprozesse verkürzt und der Qualitätsstand erhöht werden.



Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Versicherungsunterlagen (z. B. 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 Berufsunfähigkeits-Versicherung.



Was ist versichert?

Wenn die versicherte Person (das ist die Person, auf deren Berufsfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist) während der Versicherungsdauer berufsunfähig im Sinne der Bedingungen wird, erbringen wir längstens bis zum 31.12.2056 (Ende der vereinbarten Leistungsdauer) folgende Versicherungsleistungen:

- ✓ Beitragsbefreiung
- ✓ Berufsunfähigkeitsrente
garantiert in Höhe von 2.000,00 Euro
gemäß vereinbarter Zahlweise
Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf der Karenzzeit, wenn die Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt noch andauert.
- ✓ Beteiligung an den Umgestaltungskosten bei Umorganisation des Betriebs/der Praxis
(*entfällt bei Direktversicherungen*)
- ✓ Wiedereingliederungshilfe
(*entfällt bei Direktversicherungen*)
- ✓ Rehabilitationshilfe
(*entfällt bei Direktversicherungen*)

Sofern vereinbart:

- Sofortkapital
- Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit
- Pflege-Paket
- Plus-Paket
- Karriere-Paket

Bitte beachten Sie, dass der Begriff "Berufsunfähigkeit" nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen und gefährliche Freizeitaktivitäten.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie unwahre oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Zudem kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein.

Dazu zählt z. B., wenn die Berufsunfähigkeit auf den folgenden Umständen beruht:

- ! Kriegsereignisse
- ! Innere Unruhen
- ! Vorsätzliche Ausführung oder strafbarer Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person
- ! Absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung
- ! Widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben
- ! Einsatz/ Freisetzung von ABC-Waffen/-Stoffen
- ! Bei Plus-Paket (Leistungen wegen Krebs Plus und Krebs Plus für Kinder):
Symptome einer Krebserkrankung oder Diagnose von Krebs innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn des Plus-Pakets





Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrags (z. B. im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen die Berufsunfähigkeit ärztlich nachweisen. Die versicherte Person muss sich gegebenenfalls von weiteren Ärzten untersuchen lassen.
- Werden Leistungen verlangt, weil die versicherte Person eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung erhält, müssen Sie uns den Bescheid vorlegen, aus dem sich dies ergibt, sowie zusätzlich einen Nachweis, dass die versicherte Person die volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält, wenn sich dies aus dem Rentenbescheid nicht eindeutig ableiten lässt.
- Während der Dauer einer Berufsunfähigkeit müssen Sie uns eine Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit sowie eine Aufhebung des Bescheids der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung unverzüglich anzeigen.

Ist das **Plus-Paket** vereinbart, gilt zusätzlich Folgendes:

- Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt, müssen Sie uns die Arbeitsunfähigkeit unverzüglich durch auf die versicherte Person ausgestellte fachärztliche Bescheinigungen nachweisen.
- Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.
- Werden Leistungen wegen Krebs Plus oder Krebs Plus für Kinder verlangt, sind uns als Nachweis für eine Krebserkrankung, einen Hörverlust oder eine Erblindung oder das Vorliegen eines Herzinfarkts, Schlaganfalls oder Rollstuhlbedarfs ein Zeugnis eines Facharztes samt Befunden und – falls vorhanden – Krankenhausberichte vorlegen.
- Wird eine Einmalzahlung bei Unfall wegen Krebs Plus für Kinder verlangt, müssen Sie uns Unterlagen vorlegen, aus denen hervorgeht, dass das Kind der versicherten Person einen Unfall erlitten hat, der einen mindestens 14-tägigen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt dieses Kindes erfordert hat. Darüber hinaus müssen Sie uns das Bestehen der Kindergeldberechtigung sowie das Alter des Kindes zum Zeitpunkt des Unfalls nachweisen.



Wann und wie zahle ich?

Der Einlösungsbeitrag, d. h. der erste laufende Beitrag, wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn des Versicherungsvertrags. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Je nach Vereinbarung kann das monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich sein. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, diese von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, frühestens jedoch mit dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Ein vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt. Der Versicherungsschutz endet mit dem im Versicherungsschein angegebenen Ende der Versicherungsdauer.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag jederzeit zum Ende einer Versicherungsperiode in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen. Durch die Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag grundsätzlich in einen vorzeitig beitragsfreien Versicherungsvertrag mit herabgesetzter Berufsunfähigkeitsrente um. Ein Auszahlungsbetrag – sofern vorhanden – wird nur fällig, wenn die vertraglich vereinbarte beitragsfreie Mindestberufsunfähigkeitsrente nicht erreicht wird.



Prämie; Kosten

(Im Folgenden wird die Prämie als Beitrag bezeichnet)

Zahlungsweise des Beitrags		Beitrag	zu zahlen*
Erste Beitragsfälligkeit	01.09.2023	180,69 EUR	108,41 EUR
Letzte Beitragsfälligkeit	01.12.2056		

* Im Überschuss-System Beitragsverrechnung werden die anfallenden Überschussanteile bereits ab dem ersten Versicherungsjahr mit dem Beitrag verrechnet. Sie zahlen daher ab Versicherungsbeginn den niedrigeren Beitrag, dem die aktuell deklarierten Überschussanteilsätze zugrunde liegen. Die Überschussanteilsätze werden jährlich neu festgelegt. Bei einer Änderung der Überschussanteilsätze erhöht oder ermäßigt sich der zu zahlende Beitrag.

Die im Folgenden in Klammern aufgeführten Beträge sind die aufgrund der aktuellen Überschussanteilsätze reduzierten Kosten. Bei einer Änderung der Überschussanteilsätze erhöhen oder ermäßigen sich die in Klammern genannten Kosten.

Bei unterbliebener oder verspäteter Beitragszahlung kann der Versicherungsschutz ganz oder teilweise entfallen. Einzelheiten finden Sie hier: "Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU" Abschnitt "Beitragszahlung und Folgen der Nichtzahlung".

Die folgenden Kosten sind bereits im Beitrag einkalkuliert. Sie werden nicht gesondert in Rechnung gestellt. Kosten, die durch Abschluss und Vertrieb der Versicherung entstehen, wie z. B. Kosten für Werbemaßnahmen, Vertriebsprovisionen, Kosten für die Einrichtung des Versicherungsvertrags und für die Prüfung des zu versichernden Risikos, betragen einmalig 1.112,69 Euro (667,61 Euro). Im Beitrag sind neben den Verwaltungskosten keine zusätzlichen übrigen Kosten einkalkuliert. Während der Versicherungsdauer fallen die Verwaltungskosten ab 01.09.2023 gleichmäßig gemäß Zahlungsweise um insgesamt 1,87 Euro pro Versicherungsjahr. Sie betragen für das erste Versicherungsjahr 204,87 Euro und für das Versicherungsjahr, das am 01.09.2056 beginnt, 143,48 Euro. Sie nutzen die Möglichkeit der flexiblen Laufzeitgestaltung unseres Produktes. Ihr Vertrag endet unterjährig, d. h. nicht zum Ende eines Versicherungsjahres. Für das letzte Versicherungsjahr werden daher die Verwaltungskosten nur anteilig berücksichtigt.

Wenn Sie die Dynamik gewählt haben, erhöhen sich Ihre Beiträge gemäß den getroffenen Vereinbarungen. Entsprechend erhöhen sich die eingerechneten Kosten.

Wenn Sie Ihren Versicherungsvertrag vorzeitig beitragsfrei stellen, sind Verwaltungskosten von jährlich 5,00 Euro je 100 Euro jährlicher beitragsfreier Berufsunfähigkeitsrente und Pflegerente bereits berücksichtigt.

Bei Berufsunfähigkeit sind jährliche Verwaltungskosten in Höhe von 2,30 Euro je 100 Euro jährlicher Berufsunfähigkeits-Leistung bereits berücksichtigt.

Bei Pflegebedürftigkeit sind jährliche Verwaltungskosten in Höhe von 2,30 Euro je 100 Euro jährlicher Leistung aus dem Pflege-Paket bereits berücksichtigt.

Für die Kapitalauszahlung nach Rentenbeginn erheben wir einen Abzug in Höhe von 0,00 Euro je 100 Euro des entnommenen Kapitals.

Bitte beachten Sie, dass die tatsächlich entnommenen Kosten durch Rundungsabweichungen geringfügig von den hier genannten Werten abweichen können.

Alle dargestellten Kosten berücksichtigen den vereinbarten Beitrag. Durch künftige Änderungen können sich die dargestellten Kosten erhöhen oder verringern.

Mit sonstigen Kosten belasten wir Sie oder Ihren Versicherungsvertrag nur aus besonderen, von Ihnen veranlassten, Gründen (z. B. bei Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins oder Beitragsverzug). Einzelheiten zu diesen Kosten entnehmen Sie bitte dem Abschnitt „Allgemeine Vertragsbestimmungen“ der jeweils maßgebenden Versicherungsbedingungen und der Gebührenübersicht im Kapitel „Überschussbeteiligung und Kosten“ der jeweils maßgebenden Allgemeinen Vertragsinformationen.

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu
Versicherungsprodukten



Unternehmen:
Continentale Krankenversicherung a.G.
Deutschland

Produkt:
OPTION-P

Sie erhalten in diesem Informationsblatt einen kurzen Überblick über Ihren Versicherungsschutz im Tarif OPTION-P. Diese Informationen sind nicht abschließend. Einzelheiten Ihres Krankenversicherungsvertrags erhalten Sie von uns in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen, bestehend aus den Musterbedingungen MB/KK 2009, den Tarifbedingungen zum Tarif OPTION-P, dem Versicherungsantrag und dem Versicherungsschein. Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um einen Optionstarif bei der Continentale Krankenversicherung a.G. Mit den Optionsrechten aus dem Tarif OPTION-P kann der Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten angepasst werden.



Was ist versichert?

Mit Wahrnehmung der Optionsrechte aus dem Tarif OPTION-P kann alle 4 Jahre und zu festgelegten Optionsereignissen, spätestens mit Alter 55, ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten

- ✓ eine Krankheitskostenvoll- bzw. Beihilferestkostenversicherung
- ✓ eine Krankheitskostenzusatzversicherung mit höheren Leistungen
- ✓ eine Krankentagegeldversicherung
- ✓ eine Krankenhaustagegeldversicherung
- ✓ eine Pflegezusatz- oder Pflegetagegeldversicherung
- ✓ eine Kurkosten- bzw. in eine Kurtagegeldversicherung

abgeschlossen bzw. in einen höherwertigen Versicherungsschutz gewechselt werden, soweit in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Tarife für den Neuzugang geöffnet sind.

Ihre genauen versicherten Leistungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Tarif OPTION-P.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Dieser Tarif beinhaltet keinen Anspruch auf Erstattungen von Krankheitskosten



Gibt es Deckungseinschränkungen?

Es besteht kein Optionsrecht auf Tarife, für die keine Versicherungsfähigkeit besteht oder die im Neugeschäft nicht mehr angeboten werden.



Wo bin ich versichert?

Nach Wahrnehmung des Optionsrechtes richtet sich der Versicherungsschutz nach den Versicherungsbedingungen des dann abgeschlossenen Tarifs.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Vor Vertragsschluss wird eine Gesundheitsprüfung durchgeführt. Daher müssen Sie alle vom Versicherer geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und kann in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden. Der Jahresbeitrag ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten. Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig
- Den ersten Beitrag müssen Sie, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde, unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgezeichneten Zeitpunkt des Versicherungsbeginns
- Verspätete Beitragszahlungen können zu Mahnkosten und dem Verlust des Versicherungsschutzes führen
- Die Beiträge müssen Sie an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle entrichten



Wann beginnt und wann endet die Deckung?

- Wann der Versicherungsschutz beginnt, ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages
- Der Vertrag wird auf bestimmte Zeit geschlossen
- Der Versicherungsschutz endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses nach diesem Tarif, beispielsweise wenn die versicherte Person stirbt oder ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat außerhalb des EU/EWR-Raumes verlegt (es sei denn ist eine anderweitige Vereinbarung getroffen worden). Oder zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person 55 Jahre alt wird bzw. des Jahres, in dem die Versicherung nach diesem Tarif 10 bzw. bei Verlängerung 20 volle Kalenderjahre bestand (bei Kindern bis zu 27 Jahren)



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer von 2 Jahren, kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten
- Sie können unabhängig von der Mindestvertragsdauer von 2 Jahren die Versicherung nach diesem Tarif für die jeweilige versicherte Person innerhalb von 2 Monaten nach Beantragung der Wahrnehmung eines Optionsrechtes zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die mit der Wahrnehmung des Optionsrechts verbundene Vertragsänderung wirksam wird.

Individuelle Vertragsinformationen

Versicherungsbedingungen	<p>Für den vorgeschlagenen Versicherungsschutz gelten folgende Versicherungsbedingungen (siehe Druckstück "Allgemeine Vertragsinformationen"):</p> <ul style="list-style-type: none">- Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU [Fassung 01/2022]- Ergänzende Bedingungen für das Karriere-Paket zur Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung [Stand 01/2022]- Ergänzende Bedingungen für das Pflege-Paket zur Berufsunfähigkeits-Versicherung [Stand 01/2022]- Ergänzende Bedingungen für das Plus-Paket zur Berufsunfähigkeits-Versicherung [Stand 01/2022]- Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung [Stand 08/2019]
Geltungsdauer Vorschlag	<p>Die zum vorgeschlagenen Versicherungsschutz gemachten Angaben gelten nur, solange dieser Tarif für den Verkauf offen ist und sich wichtige Antragsdaten (z. B. das Eintrittsalter) nicht verändert haben.</p>
Antragsbindungsfrist	<p>Die Antragsbindungsfrist beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem Tag, an dem Sie den Antrag unterschreiben. Endet diese Frist, ohne dass wir Ihren Antrag angenommen haben, sind Sie nicht mehr an diesen gebunden. Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen.</p>

Individuelle Vertragsinformationen

Tabelle der Garantiewerte (Beträge in EUR)

Termin der Kündigung/ Beitragsfrei- stellung	Rückkaufswert Berufs- unfähigkeits- versicherung EUR	Abzug 1) EUR	Leistungen bei Kündigung/Beitragsfreistellung der Berufsunfähigkeitsversicherung	
			Beitragsfreie Berufs- unfähigkeits- rente*) EUR	Auszahlungs- betrag EUR
01.09.2024	1.012,07	1.005,35	0,00	6,72
01.09.2025	1.997,69	1.984,33	0,00	13,36
01.09.2026	2.958,13	2.938,19	0,00	19,94
01.09.2027	3.894,60	3.868,15	0,00	26,45
01.09.2028	4.804,89	4.772,02	0,00	32,87
01.09.2029	5.912,74	5.866,31	0,00	46,43
01.09.2030	6.990,20	6.924,38	0,00	65,82
01.09.2031	8.033,63	7.949,02	0,00	84,61
01.09.2032	9.035,47	8.932,83	0,00	102,64
01.09.2033	9.991,42	9.871,58	0,00	119,84
01.09.2034	10.894,24	10.758,14	0,00	136,10
01.09.2035	11.732,88	11.581,69	0,00	151,19
01.09.2036	12.493,28	12.328,40	0,00	164,88
01.09.2037	13.158,23	12.981,38	0,00	176,85
01.09.2038	13.708,68	13.521,92	0,00	186,76
01.09.2039	14.121,32	13.927,13	0,00	194,19
01.09.2040	14.406,16	14.206,85	0,00	199,31
01.09.2041	14.593,52	14.390,83	0,00	202,69
01.09.2042	14.681,45	14.477,18	0,00	204,27
01.09.2043	14.660,94	14.457,05	0,00	203,89
01.09.2044	14.529,32	14.327,79	0,00	201,53
01.09.2045	14.179,87	13.984,63	0,00	195,24
01.09.2046	13.599,81	13.415,01	0,00	184,80
01.09.2047	12.788,78	12.618,59	0,00	170,19
01.09.2048	11.755,53	11.603,93	0,00	151,60
01.09.2049	10.514,05	10.384,80	0,00	129,25
01.09.2050	9.092,68	8.989,01	0,00	103,67
01.09.2051	7.538,41	7.452,37	0,00	86,04
01.09.2052	5.924,27	5.847,74	0,00	76,53
01.09.2053	4.295,60	4.231,07	0,00	64,53
01.09.2054	2.756,06	2.706,45	0,00	49,61
01.09.2055	1.737,34	1.706,07	0,00	31,27
01.09.2056	499,33	490,34	0,00	8,99

1) Der Abzug setzt sich zusammen aus:

- 60 EUR zum pauschalen Ausgleich von Verwaltungskosten
- 58,2% des Rückkaufswertes der Berufsunfähigkeitsversicherung zum Ausgleich der Verschlechterung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes für das Berufsunfähigkeitsrisiko
- 40,0% des Rückkaufswertes der Berufsunfähigkeitsversicherung zur Berücksichtigung bereits erfolgter Überschussbeteiligung der Berufsunfähigkeitsversicherung

Individuelle Vertragsinformationen

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

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

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Continentale Lebensversicherung AG

per Post: Baierbrunner Straße 31-33 D-81379 München

Postfach: D-81357 München

per Fax: 089/5153-347

per E-Mail: kundenservice-lv@continentale.de

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um folgenden Betrag pro Tag des bis dahin gewährten Versicherungsschutzes:

- bei laufender Beitragszahlung 1/360 des Jahresbeitrags bzw. 1/180 des Halbjahresbeitrags bzw. 1/90 des Vierteljahresbeitrags bzw. 1/30 des Monatsbeitrags (maßgeblich ist der unter „Beitrag“ im Versicherungsantrag ausgewiesene zu zahlende Beitrag);
- bei einem Einmalbeitrag den unter „Beitrag“ im Versicherungsantrag ausgewiesenen zu zahlenden Beitrag geteilt durch die Laufzeit der Versicherung (bei Rentenversicherungen geteilt durch die Zeit bis zum vereinbarten Rentenbeginn) in Tagen.

Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszuzahlen. Der Versicherer hat 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.

Individuelle Vertragsinformationen

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;

Individuelle Vertragsinformationen

14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung

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

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

Ihre Continentale Lebensversicherung AG

Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag

1. Identität und Anschriften des Versicherers

Die Versicherung wird bei der Continentale Krankenversicherung a.G. mit Sitz in Dortmund abgeschlossen. Es handelt sich um einen Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der unter der Nummer B 2271 beim Handelsregister des Amtsgerichts Dortmund eingetragen ist.

Die Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift lautet:
Continentale Krankenversicherung a.G.
Ruhrallee 92, 44139 Dortmund
Vorstand: Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer,
Dr. Thomas Niemöller, Alf N. Schlegel
Vorsitzender des Aufsichtsrats: Rolf Bauer

2. Hauptgeschäftstätigkeit und Garantiefonds

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Continentale Krankenversicherung a.G. ist der Betrieb einer Krankenversicherung.

Die Continentale Krankenversicherung a.G. gehört dem Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74, 50968 Köln an.

3. Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung, anwendbares Recht

Für den Versicherungsvertrag gelten die Versicherungsbedingungen ((MB/KK 2009 und MB/KT 2009) und die Tarife mit Tarifbedingungen sowie ggf. Besondere Bedingungen). Art und Umfang der Versicherungsleistung sind in den Tarifen mit Tarifbedingungen geregelt. Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen. Der Versicherungsvertrag unterliegt deutschem Recht.

Welches Gericht ggf. zuständig ist, wird in § 17 der Muster-/Rahmenbedingungen (MB/KK 2009 und MB/KT 2009) geregelt.

4. Beitragshöhe und zusätzliche Kosten

Der monatliche Gesamtbeitrag ist dem Antrag zu entnehmen. Zusätzlich können weitere Kosten und Gebühren bei Rückläufern im Lastschriftverfahren in der Regel zwischen 10,00 und 20,00 Euro – abhängig vom Kreditinstitut – sowie Mahngebühren erhoben werden.

5. Beitragszahlung

Für die Beitragszahlung stehen verschiedene Zahlungswege (z.B. Beitragseinzug über SEPA-Lastschriftmandat) und unterschiedliche Zahlungsweisen (monatlich, viertel- oder halbjährlich, jährlich) zur Wahl. Wie Sie sich entschieden haben, ist im Antrag vermerkt.

6. Zustandekommen des Vertrags und Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsvertrag kommt mit Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung des Versicherers zustande. Der Versicherungsschutz beginnt erst, wenn Sie den Versicherungsschein oder die Annahmeerklärung erhalten haben, frühestens zu dem im Versicherungsschein auf der ersten Seite unter „Vertragsstand ab“ ausgewiesenen Datum. Gegebenenfalls sind Wartezeiten einzuhalten.

Die Einzelheiten sind in § 2 der Muster-/Rahmenbedingungen (MB/KK 2009 und MB/KT) aufgeführt.

7. Antragsbindungsfrist

Die Antragsbindungsfrist beträgt sechs Wochen. Sie beginnt mit dem vollständigen Zugang sämtlicher, zur abschließenden Bearbeitung des Antrags benötigten, Unterlagen beim Versicherer. Endet diese Frist, ohne dass wir Ihren Antrag angenommen haben, sind Sie nicht mehr an diesen gebunden.

Daneben bleibt es Ihnen unbenommen, Ihre Vertragserklärung zu widerrufen.

8. Vertragslaufzeit

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Mit Ausnahme des Tarifs OPTION-P können die übrigen Tarife bereits nach einem Versicherungsjahr gekündigt werden. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht von Ihnen mit einer Frist von drei Monaten zum jeweiligen Versicherungsjahresschluss gekündigt wird.

9. Ihre Möglichkeiten der Vertragsbeendigung

Zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, in dem Tarif OPTION-P frühestens aber zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer von 2 Versicherungsjahren, können Sie die Versicherung unter Einhaltung einer Frist von 3 Monaten ordentlich kündigen. Ferner können Sie die Versicherung beispielsweise bei einer Beitragserhöhung vorzeitig außerordentlich kündigen. Eine Übersicht Ihrer Kündigungsrechte finden Sie in § 13 der Muster-/Rahmenbedingungen (MB/KK 2009 und MB/KT 2009).

10. Vertragssprache

Die Versicherungsbedingungen sind in deutscher Sprache abgefasst. Die Kommunikation mit Ihnen erfolgt ebenfalls in deutscher Sprache.

11. Außergerichtliche Beschwerdemöglichkeiten

Wenn Sie einmal einen Grund zur Beschwerde haben sollten, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Ansprechpartner. Mit dem Versicherungsschein erhalten Sie ein gesondertes Blatt, auf dem alle Ansprechpartner für Sie aufgeführt sind.

Selbstverständlich können Sie sich auch an den Vorstand wenden (Namen und Anschriften siehe oben Ziffer 1).

Zur Schlichtung von Streitigkeiten aus dem Versicherungsvertrag kann sich der Versicherungsnehmer zur außergerichtlichen Streitbeilegung an den Ombudsmann für die Private Kranken- und Pflegeversicherung

OMBUDSMANN Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
www.pkv-ombudsmann.de

wenden. Der Versicherer nimmt am Verfahren des Ombudsmanns für die Private Kranken- und Pflegeversicherung teil.

Für Beschwerden über den Versicherer steht Ihnen auch als zuständige Aufsichtsbehörde die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn, E-Mail: poststelle@bafin.de, Internet: www.bafin.de zur Verfügung.

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu bestreiten, wird durch die Nutzung einer oder mehrerer der dargestellten Beschwerdemöglichkeiten nicht berührt.

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

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

jeweils in Textform zugegangen sind.

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

Continentale Krankenversicherung a.G.

Ruhrallee 92, 44139 Dortmund

Sitz der Gesellschaft: Dortmund

Handelsregister Amtsgericht Dortmund B 2271

USt-ID-Nr.: DE 124 906 368

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat 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, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, der wie folgt errechnet werden kann: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat x 1/30 der monatlichen Beitragsrate. Der Versicherer hat 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.

Besondere Hinweise

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

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Informationspflichten bei allen Versicherungsweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
9. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
10. a) Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
b) Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
11. Angaben zur Beendigung des Vertrages, soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
13. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
14. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
15. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
16. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Ende der Widerrufsbelehrung

Allgemeine Vertragsinformationen

Tarif PBU

Stand 01.08.2023



Vertrauen, das bleibt.



In diesen Allgemeinen Vertragsinformationen finden Sie wichtige Vertragsgrundlagen und Hinweise zu Ihrem Versicherungsvertrag, unter anderem die Versicherungsbedingungen und allgemeine Hinweise zu den Steuerregelungen. Diese Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit des Versicherungsvertrags erfolgen in deutscher Sprache.

IDENTITÄT UND ANSCHRIFT DES VERSICHERERS

Die Versicherung wird bei der Continentale Lebensversicherung AG mit Sitz in München, Bundesrepublik Deutschland, abgeschlossen. Das Unternehmen ist unter der Nummer B 182 765 beim Handelsregister des Amtsgerichts München eingetragen.

Die Hausanschrift und ladungsfähige Anschrift lautet:

Continentale Lebensversicherung AG
Baierbrunner Straße 31-33 • 81379 München
Postfach • 81357 München

Internet: www.continentale.de

Vorstand:

Dr. Christoph Helmich (Vorsitzender),
Dr. Gerhard Schmitz (stv. Vorsitzender),
Dr. Helmut Hofmeier, Dr. Marcus Kremer, Alf N. Schlegel

Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Rolf Bauer

HAUPTGESCHÄFTSTÄTIGKEIT

Das Unternehmen betreibt unmittelbar und mittelbar alle Arten der Lebensversicherung.

GESETZLICHER SICHERUNGSFONDS

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Continentale Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

BESCHWERDEMÖGLICHKEITEN

Wenn Sie einmal einen Grund zur Beschwerde haben sollten, wenden Sie sich bitte direkt an Ihre Ansprechpartner. Mit dem Versicherungsschein erhalten Sie ein gesondertes Blatt, auf dem alle Ansprechpartner für Sie aufgeführt sind. Selbstverständlich können Sie sich auch an den Vorstand wenden.

Versicherungsombudsmann

Die Continentale Lebensversicherung AG ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., einer unabhängigen, kostenfrei arbeitenden, außergerichtlichen Schlichtungsstelle für Verbraucher. Wir haben uns verpflichtet, an diesem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632 • 10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Wenn Sie diesen Versicherungsvertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch an die Online-Streitbeilegungs-Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
– Bereich Versicherungen –
Graurheindorfer Straße 108 • 53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de
Internet: www.bafin.de

Rechtsweg

Ihr Recht, unmittelbar den Rechtsweg zu beschreiten, wird durch die Inanspruchnahme der dargestellten Beschwerdemöglichkeiten nicht berührt.



Inhalt:

I. Grundbegriffe und Erläuterungen..... 6

**II. Allgemeine Bedingungen
für die Berufsunfähigkeits-Versicherung
nach Tarif PBU 8**

**III. Ergänzende Bedingungen
für das Karriere-Paket
zur Berufsunfähigkeits- und
Erwerbsunfähigkeits-Versicherung 23**

**IV. Ergänzende Bedingungen
für das Pflege-Paket
zur Berufsunfähigkeits-Versicherung 25**

**V. Ergänzende Bedingungen
für das Plus-Paket
zur Berufsunfähigkeits-Versicherung 26**

**VI. Besondere Bedingungen
für den vorläufigen Versicherungsschutz
in der Berufsunfähigkeits- und
Erwerbsunfähigkeits-Versicherung 30**

**VII. Besondere Bedingungen
für die Dynamik
zur Berufsunfähigkeits- und
Erwerbsunfähigkeits-Versicherung 31**

VIII. Spezielle Klauseln..... 32

IX. Überschussbeteiligung und Kosten 34

X. Steuerregelungen..... 35

XI. Datenschutzhinweise 37

XII. Informationen zur Direktversicherung 42



I.	Grundbegriffe und Erläuterungen.....	6	H.	Gestaltungsrechte während der Vertragsdauer / Empfänger der Versicherungsleistung	18
II.	Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU	8	1	Bezugsrecht, Abtretung und Verpfändung	18
A.	Die Beteiligten am Versicherungsvertrag	8	2	Nachversicherungsgarantie bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung	18
1	Versicherungsnehmer und Versicherer	8	3	Erhöhungen bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung	19
2	Versicherte Person.....	8	4	Verlängerung des Versicherungsvertrags ohne erneute Risikoprüfung.....	20
3	Bezugsberechtigter	8	I.	Allgemeine Vertragsbestimmungen	20
B.	Versicherungsleistungen und ihre Voraussetzungen	8	1	Beginn des Versicherungsschutzes	20
1	Vorliegen von Berufsunfähigkeit.....	8	2	Informationen während der Vertragslaufzeit	20
2	Versicherungsleistungen	9	3	Regelungen zur Leistungsauszahlung.....	20
3	Leistungseinschränkungen bei Krieg, Unruhen und bestimmten außergewöhnlichen Ereignissen	11	4	Meldung von Adress- und Namensänderungen	20
C.	Überschussbeteiligung	11	5	Weitere Mitteilungspflichten	20
1	Grundsätze der Überschussermittlung und Überschussbeteiligung	11	6	Verrechnung der Kosten Ihres Versicherungsvertrags	21
2	Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrags	12	7	Sonstige Kosten	21
3	Zukunftswerte der Überschussbeteiligung	13	8	Verjährung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen	21
D.	Nachweis- und Mitwirkungspflichten; Nachprüfung	13	9	Vereinbartes Vertragsrecht und Gerichtsstand	21
1	Nachweis- und Mitwirkungspflichten, wenn Berufsunfähigkeitsleistungen verlangt werden	13	10	Streitbeilegungsverfahren (Versicherungsombudsmann)	21
2	Erklärung über unsere Leistungspflicht	14	III.	Ergänzende Bedingungen für das Karriere-Paket zur Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung	23
3	Nachprüfung der Berufsunfähigkeit; Leistungseinstellung	14	A.	Starter-Bonus	23
4	Verzicht auf die Arztordnungsklausel	14	1	Versicherungsleistungen	23
E.	Angaben, die vor Vertragsbeginn erforderlich sind, und Folgen bei falschen Angaben	14	2	Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit	23
1	Vorvertragliche Anzeigepflicht	14	B.	Option auf Verdopplung.....	24
2	Rücktritt	15	C.	Rabatt auf Nachversicherungen	24
3	Kündigung	15	D.	Qualifikationsbonus	24
4	Vertragsanpassung	15	E.	Vereinbarungen und Gültigkeit anderer Bedingungen ...	24
5	Schuldlose Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.....	15	IV.	Ergänzende Bedingungen für das Pflege-Paket zur Berufsunfähigkeits-Versicherung	25
6	Weitere Voraussetzungen für die Ausübung unseres Rechtes auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung	15	A.	Lebenslange Pflegerente	25
7	Anfechtung wegen arglistiger Täuschung	15	1	Vorliegen von Pflegebedürftigkeit	25
8	Leistungserweiterung / Wiederinkraftsetzung / Wiederanhebung	15	2	Versicherungsleistungen	25
9	Erklärungsempfänger.....	16	3	Laufende Überschussbeteiligung für die Zeit, in der die lebenslange Pflegerente geleistet wird	25
F.	Beitragszahlung und Folgen der Nichtzahlung	16	B.	Pflege-Sofortkapital	25
1	Beitragszahlung	16	1	Vorliegen von Pflegebedürftigkeit	25
2	Die Folgen der Nichtzahlung von Beiträgen.....	16	2	Versicherungsleistungen	25
3	Unterstützung bei Zahlungsschwierigkeiten	16	C.	Vereinbarungen und Gültigkeit anderer Bedingungen ...	25
G.	Kündigung oder vorzeitige Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags.....	17	V.	Ergänzende Bedingungen für das Plus-Paket zur Berufsunfähigkeits-Versicherung	26
1	Kündigung	17	A.	Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit	26
2	Vorzeitige Beitragsfreistellung	17	1	Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit	26
3	Befristete vorzeitige Beitragsfreistellung	18	2	Versicherungsleistungen	26
4	Auszahlungsbetrag	18			
5	Rückkaufswert	18			
6	Abzug bei Kündigung oder vorzeitiger Beitragsfreistellung.....	18			
7	Tabelle der Garantiewerte	18			
8	Beitragsrückzahlung	18			



B. Leistung wegen Krebs Plus	26	X. Steuerregelungen	35
1 Versicherungsleistungen	26	A. Private Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU	35
2 Vorliegen einer Krebserkrankung	27	1 Einkommensteuer	35
3 Vorliegen eines Herzinfarkts (Myokardinfarkt)	27	2 Vermögensteuer	35
4 Vorliegen eines Schlaganfalls (Apoplektischer Insult)	27	3 Versicherungsteuer	35
5 Vorliegen eines Hörverlusts	27	B. Die Berufsunfähigkeits-Versicherung als Direktversicherung nach Tarif PBU	35
6 Vorliegen einer Erblindung	27	1 Einkommensteuer	35
7 Vorliegen von Rollstuhlbedarf	28	2 Vermögensteuer	36
8 Wartezeit bei einer Krebserkrankung	28	3 Versicherungsteuer	36
C. Leistung wegen Krebs Plus für Kinder	28	XI. Datenschutzhinweise	37
1 Einmalzahlung	28	1 Allgemeines	37
2 Einmalzahlung bei Unfall	28	2 Verantwortlicher für die Datenverarbeitung / Kontakt zum Datenschutzbeauftragten	37
D. Risikoversicherungs-Option	29	3 Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung	37
E. Vereinbarungen und Gültigkeit anderer Bedingungen ...	29	4 Kategorien und Einzelne Stellen von Empfängern der personenbezogenen Daten	37
VI. Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung	30	5 Automatisierte Einzelfallentscheidungen	38
1 Vorläufiger Versicherungsschutz	30	6 Datenübermittlung in ein Drittland	39
2 Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	30	7 Dauer der Speicherung Ihrer Daten	39
3 Beginn und Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes	30	8 Betroffenenrechte	39
4 Ausschlüsse vom vorläufigen Versicherungsschutz	30	9 Aktualisierung der Datenschutzhinweise	39
5 Kosten des vorläufigen Versicherungsschutzes	30	10 Anhang	40
6 Verhältnis zum beantragten Versicherungsvertrag und Leistungsempfänger	30	XII. Informationen zur Direktversicherung nach § 234l und § 234m Absatz 2 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie § 3 VAG-Informationspflichtenverordnung	42
VII. Besondere Bedingungen für die Dynamik zur Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung	31	A. Bezeichnung des Altersversorgungssystems	42
1 Der Maßstab für die planmäßige Erhöhung der Beiträge	31	B. Name, Anschrift und Sitz der durchführenden Einrichtung sowie weitere Informationen	42
2 Der Zeitpunkt der Erhöhung von Beiträgen und Versicherungsleistungen	31	C. Laufzeit des Versorgungsverhältnisses	42
3 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung	31	D. Leistungselemente des Altersversorgungssystems	42
4 Aussetzen von Erhöhungen	31	E. Informationen zu Wahlmöglichkeiten	42
VIII. Spezielle Klauseln	32	F. Garantieelemente des Altersversorgungssystems	42
1 Umtausch in eine Basisrentenversicherung	32	G. Vertragsbedingungen des Altersvorsorgesystems	42
2 Ergänzende Erläuterung zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit bei Studenten	32	H. Mechanismen zum Schutz der erworbenen Anwartschaften	42
3 Ergänzende Erläuterung zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden	32	I. Informationen zu Modalitäten für die Übertragung von Anwartschaften im Falle der Beendigung des Arbeitsverhältnisses	42
4 Ergänzende Erläuterung zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern	32	J. Steuerregelungen	42
5 Infektionsklausel	32	K. Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung	43
6 Finanzielle Angemessenheitsprüfung	33	L. Weiterführende Informationen	43
7 Bezugsberechtigter	33		
IX. Überschussbeteiligung und Kosten	34		
A. Überschussbeteiligung	34		
B. Kosten	34		



I. Grundbegriffe und Erläuterungen

Diese Berufsunfähigkeits-Versicherung hat die Tarifbezeichnung PBU.

Mit den nachfolgenden Grundbegriffen und Erläuterungen zu den vorliegenden Allgemeinen Vertragsinformationen stellen wir Ihnen wichtige Themen in einer kurzen Form vor. Für den Versicherungsvertrag vorrangig maßgebend sind in den Versicherungsbedingungen enthaltene Beschreibungen; Fundstellen sind jeweils am Ende der Erläuterung genannt. Einzuhaltende Fristen, z.B. für Erklärungen und Mitteilungen an uns, können Sie ebenfalls den Versicherungsbedingungen entnehmen.

Im Rahmen einer Direktversicherung können sich Abweichungen zu den folgenden Begriffserläuterungen ergeben – siehe Versicherungsbedingungen.

Die Bezeichnungen haben wir zum Teil zur besseren Lesbarkeit abgekürzt:

- **AVB** – Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU
- **Besondere Bedingungen Dynamik** – Besondere Bedingungen für die Dynamik zur Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

Abkürzungen

- **NATO** – Organisation des Nordatlantikvertrags (North Atlantic Treaty Organization)
- **UNO** – Organisation der Vereinten Nationen (United Nations Organization)
- **EU** – Europäische Union
- **OSZE** – Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa
→ AVB Abschnitt B

Arztanordnungsklausel

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist Voraussetzung für die Anerkennung der Berufsunfähigkeit. Wir verzichten grundsätzlich auf diese Arztanordnungsklausel.

→ AVB Abschnitt D

Arztwahl, freie

Wenn Leistungen im Versicherungsfall beantragt werden, richtet sich unsere Leistungsentscheidung grundsätzlich nach den ärztlichen Unterlagen, die uns eingereicht werden und den Berichten der behandelnden Ärzte. Wir können jedoch auf unsere Kosten auch zusätzliche Gutachter und Ärzte beauftragen.

→ AVB Abschnitt D

Beitragsdynamik

Ist die Beitragsdynamik vereinbart, erfolgt eine regelmäßige Erhöhung des Beitrags und somit der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

→ Besondere Bedingungen Dynamik

Beitragszahlungsdauer / Beitragszahlung

Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, für den Beiträge zu zahlen sind. Zur Beitragszahlung siehe

→ AVB Abschnitt F

Berufsunfähigkeit

Zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit beachten Sie bitte

→ AVB Abschnitt B

Berufswechsel

Bei der Beantragung des Versicherungsschutzes ist der aktuell ausgeübte Beruf maßgebend für die individuelle Risikoeinstufung. Eine Veränderung des Berufs während der Laufzeit des Versicherungsvertrags muss uns nicht angezeigt werden.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen der klassischen Kapitalanlage innerhalb unseres Sicherungsvermögens über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen werden. Im Rahmen der Überschussbeteiligung wird der Versicherungsvertrag an den Bewertungsreserven beteiligt.

→ AVB Abschnitt C

Bezugsberechtigter

Zum Bezugsberechtigten siehe

→ AVB Abschnitte A und H

Deckungskapital

Das Deckungskapital wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, unter Berücksichtigung der auf die ersten 60 beitragspflichtigen Monate gleichmäßig verteilten Abschluss- und Vertriebskosten, berechnet. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als 60 Monate, verteilen wir die Kosten gleichmäßig auf die kürzere Beitragszahlungsdauer.

Deckungsrückstellung

Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können.

→ AVB Abschnitt C

Erhöhungen

Sie können bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung unter bestimmten Voraussetzungen bis zu fünfmal die Beiträge erhöhen.

→ AVB Abschnitt H

Hobby-Wechsel

Bei der Beantragung des Versicherungsschutzes sind aktuell ausgeübte Sportarten und Hobbys maßgebend für die individuelle Risikoeinstufung. Eine Veränderung der ausgeübten Sportarten und Hobbys während der Laufzeit des Versicherungsvertrags muss uns nicht angezeigt werden.

Karenzzeit

Ist eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf der Karenzzeit, wenn die Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt noch andauert. Für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gibt es keine Karenzzeit. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Karenzzeit und tritt innerhalb von vier Jahren danach erneut Berufsunfähigkeit ein, wird die bereits zurückgelegte Karenzzeit angerechnet.

→ AVB Abschnitt B

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit muss die Versicherungsdauer mindestens um die vereinbarte Karenzzeit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzt sein.

Kriegsrisiko

Das passive Kriegsrisiko (die versicherte Person wurde unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse berufsunfähig, an denen sie nicht aktiv beteiligt war) ist vom Versicherungsschutz umfasst.

→ AVB Abschnitt B

Leistungsdynamik

Ist die Leistungsdynamik vereinbart, erfolgt eine jährliche Erhöhung der erreichten versicherten Berufsunfähigkeitsrente während einer Berufsunfähigkeit entsprechend dem vereinbarten Prozentsatz.

→ AVB Abschnitt B

Nachversicherung

Anpassung / Erhöhung der Versicherungsleistungen an berufliche und private Entwicklungen.

→ AVB Abschnitt H



Pflegebedürftigkeit / Demenz

Zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit bei Pflegebedürftigkeit und Demenz beachten Sie bitte

→ AVB Abschnitt B

Prognosezeitraum

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich sechs Monate nicht in der Lage ist in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf tätig zu sein.

→ AVB Abschnitt B

Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Versicherungsvertrags. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Rechnungszins und die Kosten.

Rechnungszins

Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist. Er beträgt 0,25 Prozent p.a.

Risikoprüfung

Die Risikoprüfung wird zur individuellen Risikoeinstufung durchgeführt. Sie besteht aus der Gesundheitsprüfung und weiteren Fragen zur Einschätzung des Risikos der zu versichernden Person (z.B. Beruf, ausgeübte Sportarten, Hobbys und Rauchverhalten) sowie der finanziellen Angemessenheitsprüfung (siehe Kapitel Spezielle Klauseln der Allgemeinen Vertragsinformationen).

Rückwirkende Leistung

Wir leisten immer ab Beginn der Berufsunfähigkeit – auch rückwirkend (siehe jedoch Stichwort Karenzzeit).

→ AVB Abschnitt B

Textform

Ist Textform vorgesehen, muss die Erklärung z.B. per Brief, Fax oder E-Mail abgegeben werden.

Überschussbeteiligung

Die Form der Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Versicherungsleistungen erfolgen, können Sie individuell wählen:

- Beitragsverrechnung
(fixe Leistung – Beitrag veränderlich)
- Sofortbonus
(fixer Beitrag – Leistung veränderlich)
- Verzinsliche Ansammlung
(Ansammlung und Verzinsung, Auszahlung bei Beendigung des Versicherungsvertrags)

Grundsätzlich erhöht sich im Falle einer Berufsunfähigkeit die Berufsunfähigkeitsrente jährlich schrittweise durch die Überschussbeteiligung.

Die Höhe der Überschussbeteiligung wird von uns jährlich entsprechend der Geschäftsentwicklung neu festgelegt; sie kann auch Null betragen.

→ AVB Abschnitt C

Umorganisation

Wir beteiligen uns unter bestimmten Voraussetzungen an den Umgestaltungskosten bei Umorganisation des Betriebs / der Praxis in Höhe von bis zu zwölf monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten.

→ AVB Abschnitt B

Versicherungsdauer

Zeitraum, in dem das Risiko eines Eintritts von Berufsunfähigkeit versichert ist.

Versicherungsfall

Der Versicherungsfall ist das Ereignis, das die Leistungspflicht des Versicherers entstehen lässt, wenn es während der Versicherungsdauer eintritt.

Versicherungsleistungen

Versichert sind während einer mindestens 50%igen Berufsunfähigkeit die Rentenzahlung und die Beitragsbefreiung, wenn der Versicherungsfall innerhalb der vereinbarten Versicherungsdauer eintritt.

→ AVB Abschnitt B

Versicherungsperiode

Zur Versicherungsperiode siehe

→ AVB Abschnitt F

Verweisung, abstrakte

Möglichkeit, die versicherte Person, die ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, auf eine andere Tätigkeit zu verweisen, also zu verlangen, dass die versicherte Person eine andere berufliche Tätigkeit ergreift. Abstrakte Verweisung bedeutet, dass die Tätigkeit der Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person entsprechen muss, es sich dabei aber nicht um eine von der versicherten Person konkret ausgeübte Tätigkeit handeln muss. Auch die Arbeitsmarktlage bleibt unberücksichtigt. Berufsunfähigkeitsleistungen werden in einem derartigen Fall nicht erbracht. Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung verzichten wir auf die abstrakte Verweisung.

→ AVB Abschnitt B

Verweisung, konkrete

Möglichkeit, die versicherte Person, die ihre bisherige Tätigkeit nicht mehr ausüben kann, auf eine andere Tätigkeit zu verweisen. Die Tätigkeit muss die versicherte Person konkret ausüben oder ausgeübt haben und ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechen. Es werden dann keine Berufsunfähigkeitsleistungen erbracht.

→ AVB Abschnitt B

Vorvertragliche Anzeigepflicht

Vor Vertragsabschluss müssen uns alle gefahrerheblichen Umstände mitgeteilt werden, d.h. die Informationen, die für die Einschätzung des zu versichernden Risikos durch uns benötigt werden und nach denen wir Sie und die versicherte Person fragen. Eine Anzeigepflichtverletzung, also eine falsche Beantwortung unserer Fragen, kann unter Umständen zu einem Wegfall des Versicherungsschutzes führen. Bei einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung verzichten wir auf unser Recht zur nachträglichen Anpassung oder Kündigung des Versicherungsvertrags.

→ AVB Abschnitt E

Weltweiter Versicherungsschutz

Der Versicherungsschutz besteht weltweit, unabhängig davon, ob die versicherte Person sich nach Abschluss der Versicherung vorübergehend oder dauerhaft im Ausland aufhält.

→ AVB Abschnitt B

Zahlungsschwierigkeiten

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten können Sie verlangen, dass die Beiträge zinslos gestundet werden (Beitragsstundung), die Beitragszahlung unterbrochen wird (Beitragspause) oder die Höhe des zu zahlenden Beitrags herabgesetzt wird (Herabsetzung des Beitrags).

→ AVB Abschnitt F



II. Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU

(Fassung 1/2022)

A. Die Beteiligten am Versicherungsvertrag

1 Versicherungsnehmer und Versicherer

Vertragspartner in diesem Versicherungsvertrag sind Sie als Versicherungsnehmer und wir als Versicherer. Als Versicherungsnehmer haben Sie alle Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag. Als Versicherer tragen wir während der gesamten Vertragslaufzeit den Versicherungsschutz nach diesen Versicherungsbedingungen.

2 Versicherte Person

Als versicherte Person wird die Person bezeichnet, auf die sich der Versicherungsschutz bezieht. Dies können Sie oder eine andere Person sein.

3 Bezugsberechtigter

Als Bezugsberechtigter wird eine Person bezeichnet, die die Versicherungsleistungen erhalten soll. Als Versicherungsnehmer haben grundsätzlich Sie Anspruch auf die Versicherungsleistungen. Sie können auch andere Personen als Bezugsberechtigte für die Versicherungsleistungen bestimmen. Für diesen Versicherungsvertrag gelten Einschränkungen bei der Festlegung des Bezugsberechtigten (Bezugsberechtigter – siehe Kapitel Spezielle Klauseln der Allgemeinen Vertragsinformationen).

B. Versicherungsleistungen und ihre Voraussetzungen

1 Vorliegen von Berufsunfähigkeit

1.1 Mit diesem Versicherungsvertrag bieten wir weltweiten Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen ist, in ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, tätig zu sein.

1.2 Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die sechs Monate im Sinne der Nummer 1.1 noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

1.3 Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum einen anderen Beruf konkret ausgeübt hat oder ausübt, der hinsichtlich

- Ausbildung und Erfahrung, sowie
- der sozialen Wertschätzung und
- des Einkommens

mit der durch den bisherigen Beruf geprägten bisherigen Lebensstellung vergleichbar ist.

Nicht vergleichbar ist in jedem Fall ein konkret ausgeübter Beruf, wenn sich das jährliche Bruttoeinkommen um mehr als 20 Prozent gegenüber dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten jährlichen Bruttoeinkommen vermindert hat oder dieser konkret ausgeübte Beruf deutlich geringere Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert.

Auf einen vergleichbaren Beruf, den die versicherte Person konkret ausübt oder ausgeübt hat, werden wir unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls und der höchstrichterlichen Rechtsprechung gegebenenfalls verweisen (konkrete Verweisung).

Auf einen anderen Beruf, den die versicherte Person ausüben kann, aber nicht konkret ausübt oder ausgeübt hat, werden wir nicht verweisen (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

1.4 Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls nicht vor, wenn die versicherte Person Selbstständiger oder Freiberufler ist und nach zumutbarer Umorganisation ihres Betriebs / ihrer Praxis weiterhin als Selbstständiger bzw. Freiberufler tätig ist oder sein könnte.

Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn sie betrieblich und wirtschaftlich sinnvoll ist und die versicherte Person unter Berücksichtigung ihrer Gesundheitsverhältnisse, Ausbildung und Erfahrung und der bisherigen Lebensstellung weiterhin leitend tätig ist oder sein könnte. Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls und die höchstrichterliche Rechtsprechung.

Eine Umorganisation ist nicht zumutbar, wenn sich dadurch das jährliche Einkommen aus beruflicher Tätigkeit um mehr als 20 Prozent gegenüber dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten durchschnittlichen jährlichen Einkommen der letzten drei Jahre vermindert.

Wir verzichten auf die Prüfung einer möglichen Umorganisation, wenn der Selbstständige oder Freiberufler

- eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat oder
- durchgehend in den letzten zwei Jahren vor Eintritt der Berufsunfähigkeit in seinem Betrieb / in seiner Praxis weniger als zehn mitarbeitende Personen mit der Ausführung der Arbeiten betraut hat

und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Innendienst-Tätigkeiten ausgeübt hat, es sei denn, eine Umorganisation wurde tatsächlich durchgeführt.

Unter einer mitarbeitenden Person im Sinne dieser Bedingungen verstehen wir jede Person, die in dem Betrieb / der Praxis der versicherten Person im Rahmen der Geschäftsprozesse mitwirkt, ohne Berücksichtigung ihres arbeitsrechtlichen Status.

Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern wird nicht geprüft, ob eine Umorganisation möglich ist.

1.5 Ausscheiden aus dem Berufsleben und Teilzeittätigkeit

Ist die versicherte Person aus dem Berufsleben vorübergehend (z.B. wegen Arbeitslosigkeit, Sabbatical oder Pflege naher Angehöriger) oder endgültig ausgeschieden und werden Leistungen beantragt, so gilt die zuletzt konkret ausgeübte berufliche Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung als ausgeübter Beruf.

Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer vorübergehend ihre vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit (Teilzeittätigkeit) wegen

- gesetzlicher Elternzeit,
- Pflege von nahen Angehörigen im häuslichen Umfeld mit teilweiser Freistellung von der Arbeit,
- Betreuung von minderjährigen, pflegebedürftigen nahen Angehörigen außerhalb des häuslichen Umfeldes mit teilweiser Freistellung von der Arbeit,
- beruflicher Weiterbildung mit teilweiser Freistellung von der Arbeit, sofern die Weiterbildung in unmittelbarem Zusammenhang mit der ausgeübten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person steht,



und werden Leistungen beantragt, dann wird während der Ausübung dieser Teilzeittätigkeit die vor dieser Reduzierung vertraglich vereinbarte wöchentliche Arbeitszeit bei der Feststellung einer Berufsunfähigkeit zugrunde gelegt. Dies gilt ebenso, wenn die versicherte Person im direkten Anschluss an diese Teilzeittätigkeit endgültig aus dem Berufsleben ausscheidet.

1.6 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor bei Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls so hilflos gewesen ist, dass sie für Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedurfte. Der Umfang der Hilfestellung wird nach einer Punktetabelle ermittelt.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person trotz krankengerechter Kleidung nur mit Hilfe einer anderen Person an- oder ausziehen kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, weil sie selbst die dafür erforderlichen Körperbewegungen nicht mehr ausführen kann.
- Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

1.7 Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die sechs Monate im Sinne der Nummer 1.6 noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

1.8 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch bei mindestens mittelschwerer Demenz vor. Mittelschwere Demenz ist gegeben, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen nicht mehr ohne fremde Hilfe zurechtkommt. Dies setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, der sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen wie folgt auswirkt:

Die versicherte Person

- kann sich während einer Befragung kaum an relevante Aspekte ihres Lebens erinnern, z.B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder den Namen der Schule, die sie zuletzt besucht hat,
- ist häufig desorientiert hinsichtlich Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder Ort,
- kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Vierschritten oder beginnend bei 20 in Zweierschritten rückwärts zu zählen,

- erinnert sich nur noch an einzelne Fakten, die sie selbst oder andere betreffen,
- braucht keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, kann aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z.B. wählt sie oft Hausschuhe für den Waldspaziergang).

Oben stehender Definition der mittelschweren Demenz nebst Fallbeispielen liegt die Reisberg-Skala zugrunde (Global Deterioration Scale – GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014). Nach Reisberg verläuft die Entwicklung einer Demenz so, dass die bis in das Erwachsenenalter erlernten Fähigkeiten nacheinander verloren werden.

1.9 Mittelschwere Demenz liegt auch vor, wenn die sechs Monate im Sinne der Nummer 1.8 noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

1.10 Bei Berufsunfähigkeit im Sinne der Nummern 1.1 und 1.2 leisten wir, wenn die versicherte Person zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig ist. Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der Nummern 1.6 und 1.7 leisten wir ab zwei Punkten. Bei mittelschwerer Demenz im Sinne der Nummern 1.8 und 1.9 leisten wir ab einem Schweregrad fünf nach Reisberg (GDS 5). Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit, der Pflegebedürftigkeit bzw. der Demenz besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistungen.

1.11 Der Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit ist der Tag, an dem die maßgeblichen sechs Monate begonnen haben.

1.12 Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person 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,
- die verbleibende Versicherungsdauer bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung der versicherten Person nicht mehr als zehn Jahre beträgt und
- der Versicherungsvertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung der versicherten Person seit mindestens zehn Jahren bestanden hat.

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

2 Versicherungsleistungen

2.1 Leistungsumfang

Wird die versicherte Person während der vertraglichen Versicherungsdauer nach Maßgabe dieser Bedingungen berufsunfähig, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

Beitragsbefreiung

Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

Berufsunfähigkeitsrente

Volle Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente.

Die Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir vereinbarungsgemäß nach Ablauf einer eventuellen Karenzzeit je nach Zahlungsweise der Berufsunfähigkeitsrente jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich jeweils zu Beginn (vorschüssig) oder zum Ende (nachschüssig) der Zahlungsperiode der Berufsunfähigkeitsrente, sofern die versicherte Person den jeweiligen Zahlungstermin erlebt. Karenzzeit ist der vereinbarte Zeitraum vom Eintritt der Berufsunfähigkeit bis zum Beginn der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente. Bei Feststellung der Leistungspflicht innerhalb einer Zahlungsperiode der Berufsunfähigkeitsrente leisten wir die erste Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente anteilig. Endet die vereinbarte Leistungsdauer innerhalb einer Zahlungsperiode der Berufsunfähigkeitsrente, so wird die letzte Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente anteilig geleistet; bei nachschüssiger Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente erfolgt die letzte Zahlung zum Ablauftermin der Leistungsdauer.



Sofortkapital

Zahlung eines Sofortkapitals in Höhe von sechs monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, sofern dieses mitversichert ist.

Während der Versicherungsdauer wird das Sofortkapital nur einmal erbracht.

Über die beschriebenen garantierten Leistungen Beitragsbefreiung, Berufsunfähigkeitsrente und Sofortkapital hinaus beteiligen wir Sie an den Überschüssen.

2.2 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht – unabhängig vom Zeitpunkt der Geltendmachung – mit Beginn der Versicherungsperiode (siehe Abschnitt F Nummer 1.1), die auf den Eintritt der Berufsunfähigkeit nach Nummer 1 folgt.

Der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente und Sofortkapital entsteht – unabhängig vom Zeitpunkt der Geltendmachung – mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit nach Nummer 1 eingetreten ist. Haben Sie eine Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente mit dem Ablauf der Karenzzeit, wenn die Berufsunfähigkeit zu diesem Zeitpunkt noch andauert. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Karenzzeit und tritt innerhalb von vier Jahren danach erneut Berufsunfähigkeit ein, wird die bereits zurückgelegte Karenzzeit angerechnet.

2.3 Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente erlischt, wenn Berufsunfähigkeit nach Nummer 1 nicht mehr vorliegt, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

2.4 Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Bei Anerkennung der Leistungspflicht werden wir die über den Monat des Eintritts der Berufsunfähigkeit hinaus gezahlten Beiträge, verzinst mit jährlich 0,25 Prozent, zurückzahlen.

2.5 Wir sind auf Ihren Antrag hin bereit, die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht fälligen Beiträge zinslos zu stunden. Bei Ablehnung der Leistungspflicht sind diese Beiträge nachzuzahlen. Auf Antrag können Sie diesen Beitragsrückstand auch zinslos in bis zu 24 Monatsraten ausgleichen. Das Gleiche gilt im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung.

Auf Wunsch kann der Ausgleich des Beitragsrückstands, sofern möglich, auch wie folgt durchgeführt werden:

- durch Erhöhung des zu zahlenden Beitrags unter Beibehaltung des bestehenden Versicherungsschutzes; die Höhe des neuen zu zahlenden Beitrags wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.
- durch Reduzierung des Versicherungsschutzes; dieser wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.
- durch Verrechnung mit vorhandenem Deckungskapital; hierbei können Sie zwischen einer Verringerung des Versicherungsschutzes und einer Erhöhung des zu zahlenden Beitrags wählen.

Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung entfällt die Möglichkeit zum Ausgleich des Beitragsrückstands durch Erhöhung des zu zahlenden Beitrags, durch Reduzierung des Versicherungsschutzes und durch Verrechnung mit vorhandenem Deckungskapital aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen.

2.6 Leistungsdynamik bei Berufsunfähigkeit

Bei einer eventuell vereinbarten Rentensteigerung im Leistungsfall (Leistungsdynamik) wird während der Berufsunfähigkeit die erreichte versicherte Berufsunfähigkeitsrente ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung jährlich entsprechend dem vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente erfolgt, sofern nichts anderes vereinbart ist, erstmals zum Jahrestag des Versicherungsbeginns, der auf den Beginn der Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente folgt. Beträgt der Zeitraum weniger als ein Jahr, wird die erste Erhöhung anteilig berechnet.

2.7 Beteiligung an den Umgestaltungskosten bei Umorganisation des Betriebs / der Praxis

Bei Selbstständigen und Freiberuflern beteiligen wir uns auf in Textform gestellten Antrag hin an Umgestaltungskosten bei Umorganisation des Betriebs / der Praxis mit einem Betrag in Höhe von bis zu zwölf monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, wenn die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung eine Weiterführung des Betriebs / der Praxis (siehe Nummer 1.4) nicht mehr in der bisherigen Art und Weise ermöglicht und die Umgestaltung zu einer Weiterführung des Betriebs / der Praxis beiträgt. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden in diesem Fall nicht erbracht. Besteht innerhalb von 18 Monaten nach unserer Beteiligung an den Umgestaltungskosten Berufsunfähigkeit, werden die von uns geleisteten Umgestaltungskosten mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.

Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung entfällt die Beteiligung an Umgestaltungskosten aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen.

2.8 Wiedereingliederungshilfe

Endet unsere Leistungspflicht, weil die versicherte Person aufgrund neu erworbener beruflicher Fähigkeiten eine andere als die bisherige Tätigkeit ausübt, die ihrer Lebensstellung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht, zahlen wir als Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von sechs monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten. Voraussetzung für die Zahlung ist, dass bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe die verbleibende Leistungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt. Besteht innerhalb eines Jahres nach dem Ende unserer Leistungspflicht Berufsunfähigkeit, wird die Wiedereingliederungshilfe mit den Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Dauer des Versicherungsvertrags mehrmals beansprucht werden.

Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung entfällt die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen.

2.9 Rehabilitationshilfe

Nimmt die versicherte Person auf eigenen Wunsch und eigene Kosten Rehabilitationsmaßnahmen in Anspruch, so beteiligen wir uns an den entstandenen Kosten (Rehabilitationshilfe). Bei der Wahl des Dienstleisters unterliegen Sie keinen Einschränkungen, sofern die Rehabilitationsmaßnahmen geeignet sind, zu einer Minderung oder dem Wegfall der Berufsunfähigkeit beizutragen. Innerhalb von zwölf Monaten, nachdem Ihnen die Kosten entstanden sind, sind uns geeignete Nachweise hierfür zusammen mit einem in Textform gestellten Antrag vorzulegen. Die Rehabilitationshilfe ist insgesamt auf 2.000 Euro begrenzt.

Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung entfällt die Zahlung einer Rehabilitationshilfe aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen.

2.10 Beratung und Hilfestellung

Auf Wunsch unterstützen wir Sie während der gesamten Vertragslaufzeit, indem wir Auskünfte allgemeiner Art zu Ihrem Versicherungsschutz oder individuell zu bestimmten Leistungen erteilen.



Gerne beantworten wir z.B. folgende Fragen:

- Welche Bedingungen müssen erfüllt sein, um Leistungen zu erhalten?
- Wie erfolgt die Leistungsprüfung?
- Welche Unterlagen müssen zum Nachweis einer bestehenden Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingereicht werden?
- Wie kann die bisherige berufliche Tätigkeit beschrieben werden?
- Welche Möglichkeiten bestehen zur beruflichen Wiedereingliederung?
- Wie kann bei Selbstständigen und Freiberuflern die Umorganisation des Betriebs bzw. der Praxis erfolgen?

Wir nennen Ihnen auch geeignete Ansprechpartner, die Sie bei Fragen zu möglichen Maßnahmen einer medizinischen und beruflichen Rehabilitation unterstützen.

3 Leistungseinschränkungen bei Krieg, Unruhen und bestimmten außergewöhnlichen Ereignissen

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht wurde

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse.

Wir erbringen jedoch die volle Berufsunfähigkeitsleistung, wenn die Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse verursacht wurde,

- denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt war und an denen sie nicht aktiv beteiligt war oder
- denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten ausgesetzt war und an denen sie im Rahmen humanitärer Hilfeleistungen oder friedenssichernder Maßnahmen teilgenommen hat. Die Teilnahme muss als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei und der Einsatz mit einem Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE erfolgen.

- b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen.

Wir erbringen jedoch die volle Berufsunfähigkeitsleistung, wenn die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

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

Wir erbringen jedoch die volle Berufsunfähigkeitsleistung bei Vergehen im Straßenverkehr, bei denen bei der versicherten Person eine Blutalkoholkonzentration von unter 1,1 Promille festgestellt wurde, sowie bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen.

- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.

Wir erbringen jedoch die volle Berufsunfähigkeitsleistung, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind.

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben.

- f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz bzw. die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, wenn der Einsatz oder die Freisetzung darauf gerichtet gewesen sind, das Leben vieler Personen zu gefährden. Gleiches gilt bei einer vorsätzlichen Freisetzung von Strahlen infolge Kernenergie, die den Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder einer vergleichbaren Einrichtung notwendig macht.

Wir erbringen jedoch die volle Berufsunfähigkeitsleistung, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, durch das nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von fünf Jahren sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden.

Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten seit Eintritt des Ereignisses von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die volle Berufsunfähigkeitsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

C. Überschussbeteiligung

1 Grundsätze der Überschussermittlung und Überschussbeteiligung

1.1 Wir beteiligen die Versicherungsnehmer an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den jeweils gesetzlich gültigen Bestimmungen, derzeit nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), ermittelt und im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt.

1.2 Wir beteiligen die Versicherungsnehmer als Kollektiv an den Überschüssen. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Überschüsse können aus dem Kapitalanlageergebnis, dem Risikoergebnis und dem übrigen Ergebnis entstehen.

Kapitalanlageergebnis

Bei Berufsunfähigkeits-Versicherungen sind die Beiträge so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder nur geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden. Überschüsse entstehen, wenn die Nettoerträge der klassischen Kapitalanlage innerhalb unseres Sicherungsvermögens höher sind als die garantierte rechnermäßige Verzinsung. An diesem Kapitalanlageergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der Mindestzuführungsverordnung.

Risikoergebnis

Weitere Überschüsse entstehen dann, wenn sich das versicherte Risiko (Berufsunfähigkeitsrisiko) günstiger entwickelt, als bei der Tarifikalkulation angenommen. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen. An dem Risikoergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der Mindestzuführungsverordnung.

Übriges Ergebnis

Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An dem übrigen Ergebnis beteiligen wir die Versicherungsnehmer nach der Mindestzuführungsverordnung.

In Ausnahmefällen kann die Mindestbeteiligung der Versicherungsnehmer nach der Mindestzuführungsverordnung mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde gekürzt werden.



1.3 Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit sie nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben werden. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Wir sind auch berechtigt, im Interesse der Versicherten mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, heranzuziehen, um

- a) einen drohenden Notstand abzuwenden,
- b) unvorhersehbare Verluste aus überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- c) die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt die Versicherungsleistungen gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach den jeweils gesetzlich gültigen Bestimmungen, derzeit nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und dem HGB, sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

1.4 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zu den Überschüssen bei. Wir haben deshalb gleichartige bei uns bestehende Versicherungsverträge zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Die Verteilung der Überschüsse für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu ihrer Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, werden ihr keine Überschüsse zugeteilt.

1.5 In Abhängigkeit von dieser Zuordnung und beispielsweise dem gewählten Tarif, dem Tarifwerk, der Zahlweise des Beitrags, dem Beruf und dem Rauchverhalten werden die Überschuss-Sätze für die einzelnen Versicherungsverträge jährlich von uns festgesetzt. Wir veröffentlichen die Überschuss-Sätze in unserem Geschäftsbericht, den Sie bei uns anfordern können.

1.6 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen der klassischen Kapitalanlage innerhalb unseres Sicherungsvermögens über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen werden. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Versicherungsverträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Versicherungsverträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Im Überschuss-System Verzinsliche Ansammlung fließt dem einzelnen Versicherungsnehmer bzw. Bezugsberechtigten ein Teil der Bewertungsreserven nach § 153 Absatz 3 VVG bei Beendigung des Versicherungsvertrags unmittelbar zu. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

1.7 Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Versicherungsvertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich aus Nummer 1 noch nicht.

2 Überschussbeteiligung Ihres Versicherungsvertrags

Sofern von uns eine entsprechende Überschussbeteiligung festgesetzt wird, erhält der einzelne Versicherungsvertrag Überschussanteile entsprechend den folgenden Nummern.

2.1 Laufende Überschussbeteiligung für die Zeit, in der keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erfolgen

Sie können bei Vertragsabschluss zwischen den folgenden Überschuss-Systemen wählen:

- Überschuss-System Beitragsverrechnung,
- Überschuss-System Sofortbonus oder
- Überschuss-System Verzinsliche Ansammlung.

Nach vorzeitiger Beitragsfreistellung gilt das Überschuss-System Sofortbonus.

2.2 Überschuss-System Beitragsverrechnung

Die Überschussbeteiligung wird in Prozent des fälligen Beitrags bemessen und direkt mit dem fälligen Beitrag verrechnet. Maßgebend ist der bei Fälligkeit des jeweiligen Beitrags festgelegte Prozentsatz.

2.3 Überschuss-System Sofortbonus

Die laufende Überschussbeteiligung wird ab Versicherungsbeginn für eine erhöhte Versicherungsleistung (Sofortbonus) verwendet, die bei Berufsunfähigkeit zusätzlich zur garantierten Berufsunfähigkeitsrente und zusätzlich zum Sofortkapital gezahlt wird. Die Überschussbeteiligung wird in Prozent der garantierten Berufsunfähigkeitsrente und des Sofortkapitals bemessen. Maßgebend ist der bei Eintritt der Berufsunfähigkeit festgelegte Prozentsatz.

Anpassungsgarantie bei Verringerung der Überschussbeteiligung im Überschuss-System Sofortbonus

Sollte die Überschussbeteiligung reduziert werden, haben Sie zu diesem Zeitpunkt das Recht, Ihren Beitrag anzupassen und den Versicherungsschutz auf das vor dieser Verringerung der Überschussbeteiligung bestehende Niveau anzuheben, ohne dass eine erneute Risikoprüfung erforderlich wird.

2.4 Überschuss-System Verzinsliche Ansammlung

Die laufenden Überschussanteile werden

- jeweils zum 01. Januar eines Jahres,
- bei Beitragsfreistellung und
- bei Beendigung des Versicherungsvertrags

zugewiesen und verzinslich angesammelt (Ansammlungsguthaben).

Die Verzinsung des Ansammlungsguthabens erfolgt bei jeder Zuweisung von laufenden Überschussanteilen mit dem zu diesem Zeitpunkt festgelegten Ansammlungszinssatz. Beträgt der Zuweisungszeitraum kein volles Kalenderjahr, erfolgt die Verzinsung anteilig.

Die Zuweisung der laufenden Überschussanteile erfolgt jeweils nach der Verzinsung des Ansammlungsguthabens.

Die laufenden Überschussanteile werden in Prozent des im Versicherungsjahr zu zahlenden Beitrags festgelegt. Maßgebend ist der zum Zeitpunkt der jeweiligen Zuweisung festgelegte Überschuss-Satz. Umfasst der Zeitraum seit der letzten Zuweisung bzw. dem Versicherungsbeginn kein volles Kalenderjahr, erfolgt die Zuweisung anteilig.

Bei Beendigung des Versicherungsvertrags, spätestens bei Ablauf der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung, werden das Ansammlungsguthaben und der entsprechend den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes (§ 153 Absatz 3 VVG) ermittelte Anteil an den Bewertungsreserven ausgezahlt. Eine Auszahlung des Ansammlungsguthabens können Sie auch bei Kündigung oder vorzeitiger Beitragsfreistellung in Textform verlangen.

Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung kann eine Auszahlung des Ansammlungsguthabens aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen nur verlangt werden, wenn der Versicherungsvertrag bei Kündigung oder vorzeitiger Beitragsfreistellung beendet wird.



2.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven

bei vereinbartem Überschuss-System Verzinliche Ansammlung

Die Bewertungsreserven (siehe Nummer 1.6) werden monatlich jeweils zum zweiten Börsentag neu ermittelt und den anspruchsberechtigten Versicherungsverträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zugeordnet. Dieser Wert ist jeweils für den auf die Ermittlung folgenden Monat maßgebend.

Diese Zuordnung erfolgt in dem Verhältnis des Bemessungsguthabens des einzelnen Versicherungsvertrags zur Summe der Bemessungsguthaben aller anspruchsberechtigten Versicherungsverträge.

Bemessungsguthaben eines Versicherungsvertrags ist dabei die Summe der Kapitalien des Versicherungsvertrags zum 01. Januar jeden Jahres, an dem der Versicherungsvertrag bestand.

Das Kapital ist abhängig von der jeweiligen Versicherungsart. Bei der Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt das Ansammlungsguthaben der Berufsunfähigkeits-Versicherung als Kapital.

Mit der Zuordnung ist noch keine Zuteilung verbunden. Bei Beendigung des Versicherungsvertrags teilen wir Ihrem Versicherungsvertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven zur Hälfte zu.

2.6 Laufende Überschussbeteiligung für die Zeit, in der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erfolgen

Die Überschussbeteiligung wird am 01. Januar eines jeden Jahres zugewiesen und zur Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente verwendet. Die Überschussbeteiligung wird in Prozent des Deckungskapitals der Berufsunfähigkeits-Versicherung bemessen und in Abhängigkeit von den in Nummer 1.5 beschriebenen Merkmalen festgelegt. Wurde die Berufsunfähigkeitsrente nur während eines Teiles des Vorjahres gezahlt, wird die Überschussbeteiligung anteilig berechnet.

3 Zukunftswerte der Überschussbeteiligung

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung hängt von vielen, nicht vorhersehbaren Einflüssen ab und kann deshalb nicht garantiert werden; sie kann auch Null betragen. Einflussfaktoren sind die Entwicklung unserer Kapitalanlagen sowie die Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten.

D. Nachweis- und Mitwirkungspflichten; Nachprüfung

1 Nachweis- und Mitwirkungspflichten, wenn Berufsunfähigkeitsleistungen verlangt werden

1.1 Nachweise für den Eintritt von Berufsunfähigkeit

Werden Leistungen aus diesem Versicherungsvertrag verlangt, informieren wir Sie umgehend über die von uns zur Leistungsprüfung benötigten Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen auf die Berufsausübung oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit oder der Demenz;
- Unterlagen über die berufliche Entwicklung der versicherten Person und die berufliche Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit; hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen vor und nach Eintritt der Berufsunfähigkeit (z.B. Einkommensteuerbescheide, betriebswirtschaftliche Unterlagen);

- bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- bei Berufsunfähigkeit im Sinne von Abschnitt B Nummer 1.12 den Bescheid, wonach die versicherte Person eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung erhält sowie zusätzlich einen Nachweis, dass die versicherte Person die volle Erwerbsminderungsrente allein aus medizinischen Gründen erhält, wenn sich dies aus dem Rentenbescheid nicht eindeutig ableiten lässt.

Entstehende Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

1.2 Weitere Nachweise, Entbindung von der Schweigepflicht

Wir können außerdem weitere medizinische und berufsbezogene Auskünfte, Aufklärungen, Vor-Ort-Prüfungen und zusätzliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, wobei wir hierzu entsprechende Gutachter, Ärzte und sachverständige Dienstleister einsetzen können. Die Kosten werden von uns getragen.

Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die angefallenen Reise- und Unterbringungskosten bis zu folgender Höhe:

- Anreisekosten, bei einer Bahnfahrt 2. Klasse und – falls erforderlich – einem Flug in der Economy Class (oder einer vergleichbaren Buchungskategorie) und
- Unterbringungskosten für einen Aufenthalt in einem 4-Sterne-Hotel (oder einer vergleichbaren Hotelkategorie).

Auf Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in der Bundesrepublik Deutschland angewendeten Grundsätzen / Standards erfolgen.

In diesem Zusammenhang kann es auch erforderlich sein, Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird, Pflegeeinrichtungen, Personenversicherer (frühere und derzeitige), Berufsgenossenschaften, frühere und derzeitige gesetzliche Krankenkassen und Arbeitgeber der versicherten Person sowie Behörden zu befragen. Dazu ist in der Regel eine Schweigepflichtentbindungserklärung der versicherten Person erforderlich. Hat die versicherte Person die Schweigepflichtentbindungserklärung im Versicherungsantrag erteilt, wird sie vor Einholung einer solchen Auskunft von uns unterrichtet werden; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einverständigung erfolgt.

1.3 Folgen bei Verletzung der Mitwirkungspflicht

Solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie einer Auskunftserhebung, die für die Leistungsprüfung erforderlich ist, widersprechen oder eine Einverständigung nicht erteilen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.



2 Erklärung über unsere Leistungspflicht

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir innerhalb einer Woche, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand. Grundsätzlich sprechen wir keine befristeten Anerkenntnisse aus. Nur in begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis von bis zu zwölf Monaten unter einstweiliger Zurückstellung der Prüfung aussprechen, ob eine von der versicherten Person ausgeübte andere Tätigkeit den in Abschnitt B Nummern 1.3 und 1.4 festgelegten Anforderungen für eine konkrete Verweisung entspricht. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

3 Nachprüfung der Berufsunfähigkeit; Leistungseinstellung

3.1 Nachprüfung

Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und den Grad der Berufsunfähigkeit, das Ausmaß der Pflegebedürftigkeit oder den Schweregrad der Demenz nachzuprüfen. Dabei können wir auch prüfen, ob die versicherte Person nach dem Eintritt ihrer Berufsunfähigkeit neue berufliche Kenntnisse und Fähigkeiten (z.B. durch Umschulung) erworben hat. Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor, wenn die versicherte Person einen anderen Beruf konkret ausübt, der hinsichtlich

- Ausbildung und Erfahrung, sowie
- der sozialen Wertschätzung und
- des Einkommens

mit der durch den vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübten Beruf geprägten Lebensstellung vergleichbar ist.

Hierbei berücksichtigen wir die Umstände des Einzelfalls und die höchstgerichtliche Rechtsprechung. Nicht vergleichbar ist in jedem Fall ein konkret ausgeübter Beruf, wenn sich das jährliche Bruttoeinkommen um mehr als 20 Prozent gegenüber dem vor Eintritt der Berufsunfähigkeit erzielten jährlichen Bruttoeinkommen vermindert hat oder dieser Beruf deutlich geringere Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt, ist es unerheblich, ob die Berufsunfähigkeit in dem früheren Beruf fort dauert.

3.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen der Nummern 1.2 und 1.3 gelten entsprechend.

3.3 Eine Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit sowie eine Aufhebung des Bescheids der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung sind uns unverzüglich mitzuteilen.

3.4 Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Berufsunfähigkeit

Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 Prozent vermindert, teilen wir Ihnen die Einstellung unserer Leistungen unter Hinweis auf Ihre Rechte in Textform mit. In unserer Mitteilung werden wir Ihnen die Gründe für unsere Entscheidung erläutern. Die Leistungseinstellung wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Mitteilung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Die Höhe des Beitrags vermindert sich um den Beitrag für die Zahlung eines Sofortkapitals, sofern dieses mitversichert war.

Ist unsere Leistungspflicht weggefallen, ist wieder die garantierte Berufsunfähigkeitsrente versichert, die vor dem Eintritt der Berufsunfähigkeit versichert war; während der Berufsunfähigkeit durchgeführte Erhöhungen aus der Überschussbeteiligung oder einer gegebenenfalls versicherten Leistungsdynamik bleiben also nicht erhalten.

3.5 Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit

Ist die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit weggefallen oder hat sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit unter zwei Pflegepunkte gemindert, gilt Nummer 3.4 entsprechend.

3.6 Leistungseinstellung bei Wegfall oder Minderung der Demenz

Ist die Berufsunfähigkeit infolge Demenz weggefallen oder hat sich der Umfang der Demenz unter Schweregrad fünf nach Reisberg (GDS 5) gemindert, gilt Nummer 3.4 entsprechend.

3.7 Leistungseinstellung bei Wegfall der Erwerbsminderung

Ist die Berufsunfähigkeit infolge voller Erwerbsminderung im Sinne von Abschnitt B Nummer 1.12 weggefallen, gilt Nummer 3.4 entsprechend.

3.8 Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

Die Bestimmungen der Nummer 1.3 über die Folgen bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten gelten entsprechend. Der Drei-Monats-Zeitraum nach Nummer 3.4 für die Weiterzahlung der Leistungen nach Wegfall der Voraussetzungen bleibt davon unberührt.

4 Verzicht auf die Arztanordnungsklausel

Grundsätzlich ist die Befolgung von ärztlichen Anordnungen nicht Voraussetzung für die Anerkennung von Berufsunfähigkeitsleistungen. Insbesondere ist die versicherte Person nicht verpflichtet, operative Behandlungsmaßnahmen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anrät, durchführen zu lassen.

Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z.B. Seh- und Hörhilfen, Stützstrümpfe) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vornehmen zu lassen, die eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind.

E. Angaben, die vor Vertragsbeginn erforderlich sind, und Folgen bei falschen Angaben

1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

1.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht).

1.2 Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

1.3 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes erheblich sind und nach denen wir in Textform gefragt haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, liegt eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht vor. Deren Rechtsfolgen hängen davon ab, ob die Anzeigepflicht arglistig, vorsätzlich, grob fahrlässig, einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt wurde.

1.4 Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Versicherungsvertrag zurücktreten (siehe Nummer 2),
- den Versicherungsvertrag kündigen (siehe Nummer 3),
- den Versicherungsvertrag anpassen (siehe Nummer 4) oder
- den Versicherungsvertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten (siehe Nummer 7)

können.



2 Rücktritt

2.1 Bei einer vorsätzlichen oder grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten.

Im Falle der grob fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten.

2.2 Wenn wir den Rücktritt erklären, besteht kein Versicherungsschutz.

Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich waren.

2.3 Wenn der Versicherungsvertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag, ohne dass ein Auszahlungsbetrag nach Abschnitt G Nummer 4 fällig wird. Ist das Überschuss-System Verzinssliche Ansammlung vereinbart, werden das Ansammlungsguthaben und der entsprechend den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes (§ 153 Absatz 3 VVG) ermittelte Anteil an den Bewertungsreserven – sofern vorhanden – ausgezahlt. Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

3 Kündigung

3.1 Bei einer einfach fahrlässigen Verletzung der Anzeigepflicht können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

3.2 Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten.

3.3 Wenn wir den Versicherungsvertrag kündigen, wandelt sich der Versicherungsvertrag nach Abschnitt G Nummer 2.1 in einen vorzeitig beitragsfreien Versicherungsvertrag um, sofern die beitragsfreie Mindestleistung erreicht wird. Andernfalls wird der Auszahlungsbetrag nach Abschnitt G Nummer 4 – sofern vorhanden – ausgezahlt und der Versicherungsvertrag endet.

4 Vertragsanpassung

4.1 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil uns nachgewiesen wird, dass wir den Versicherungsvertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, abgeschlossen hätten (siehe Nummern 2.1 und 3.2), werden wir verlangen, dass diese anderen Bedingungen rückwirkend ab Beginn des Versicherungsvertrags Vertragsbestandteil werden (Vertragsanpassung).

4.2 Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als zehn Prozent, oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand im Rahmen der Vertragsanpassung aus, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In unserer Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

5 Schuldlose Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht

Wir verzichten auf die uns aus § 19 VVG zustehenden Rechte zur Anpassung und Kündigung des Versicherungsvertrags, sofern die Anzeigepflichtverletzung schuldlos erfolgt ist.

6 Weitere Voraussetzungen für die Ausübung unseres Rechtes auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung

6.1 Unser Recht auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung steht uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir können uns auf unser Recht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

6.2 Wir müssen unser Recht auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung 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 Ausübung unseres Rechtes müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

6.3 Unser Recht können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Wurde die Anzeigepflicht vorsätzlich verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

7 Anfechtung wegen arglistiger Täuschung

7.1 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

7.2 Wenn wir nach Nummer 7.1 die Anfechtung erklären, besteht kein Versicherungsschutz. Dies gilt auch dann, wenn die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nachweislich keinen Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.

7.3 Wenn der Versicherungsvertrag durch Anfechtung aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag, ohne dass ein Rückkaufswert nach Abschnitt G Nummer 5 fällig wird. Ist das Überschuss-System Verzinssliche Ansammlung vereinbart, werden das Ansammlungsguthaben und der entsprechend den Vorschriften des Versicherungsvertragsgesetzes (§ 153 Absatz 3 VVG) ermittelte Anteil an den Bewertungsreserven – sofern vorhanden – ausgezahlt. Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

7.4 Unser Recht auf Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir nur innerhalb von zehn Jahren seit Vertragsabschluss ausüben.

8 Leistungserweiterung / Wiederinkraftsetzung / Wiederanhebung

Wenn eine erneute Risikoprüfung aufgrund einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Versicherungsvertrags, einer Wiederinkraftsetzung oder einer Wiederanhebung vorgenommen wird, gelten die Nummern 1 bis 7 entsprechend. Die Fristen der Nummern 6.3 und 7.4 beginnen mit der Änderung, Wiederinkraftsetzung oder Wiederanhebung bezüglich des geänderten, wieder in Kraft gesetzten oder wieder angehobenen Teiles des Versicherungsschutzes neu zu laufen.



9 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung erfolgt durch eine schriftliche Erklärung.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden, oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

Sind die Rechte und Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag abgetreten, verpfändet oder gepfändet, können wir unsere Erklärung auch gegenüber einem daraus Berechtigten abgeben.

F. Beitragszahlung und Folgen der Nichtzahlung

1 Beitragszahlung

1.1 Zahlweise

Die laufenden Beiträge zu Ihrem Versicherungsvertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten.

Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

1.2 Einlösungs- und Folgebeitrag

Der Einlösungsbeitrag, d.h. der erste laufende Beitrag, wird sofort nach Abschluss des Versicherungsvertrags fällig, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn des Versicherungsvertrags. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

1.3 Übermittlung der Beiträge

Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

1.4 Lastschriftverfahren

Solange Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen, werden wir Ihre Zahlungen so behandeln, als wären sie zum jeweiligen Fälligkeitszeitpunkt erfolgt, es sei denn, die Lastschrift wird aufgrund Ihres Verschuldens nicht eingelöst oder Sie widersprechen einer berechtigten Einziehung. Wird eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet.

2 Die Folgen der Nichtzahlung von Beiträgen

2.1 Die Folgen der Nichtzahlung des Einlösungsbeitrags

Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht erfolgt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, besteht keine Leistungspflicht. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung bzw. die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

2.2 Die Folgen der Nichtzahlung von Folgebeiträgen

Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist, erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung gesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz so, als ob Sie eine vorzeitige Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags verlangt hätten; Abschnitt G Nummer 2.1 gilt daher entsprechend. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

3 Unterstützung bei Zahlungsschwierigkeiten

3.1 Beitragsstundung

Sie können in Textform verlangen, dass unter Beibehaltung des vollen Versicherungsschutzes die Beiträge für einen Zeitraum von bis zu 24 Monaten zinslos gestundet werden. Voraussetzung für eine Beitragsstundung ist, dass der Beitrag für das vor der Beitragsstundung liegende Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurde und nach Ablauf der Beitragsstundung die Versicherungsdauer noch mindestens 24 Monate andauert. Die gestundeten Beiträge sind mit Ablauf des Stundungszeitraumes nachzuzahlen. Auf Antrag können Sie den Beitragsrückstand auch zinslos in bis zu 24 Monatsraten ausgleichen.

Auf Wunsch kann der Ausgleich des Beitragsrückstands, sofern möglich, auch wie folgt durchgeführt werden:

- durch Erhöhung des zu zahlenden Beitrags unter Beibehaltung des bestehenden Versicherungsschutzes; die Höhe des neuen zu zahlenden Beitrags wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.
- durch Reduzierung des Versicherungsschutzes; dieser wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.
- durch Verrechnung mit vorhandenem Deckungskapital; hierbei können Sie zwischen einer Verringerung des Versicherungsschutzes und einer Erhöhung des zu zahlenden Beitrags wählen.

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

Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung entfällt die Möglichkeit zum Ausgleich des Beitragsrückstands durch Erhöhung des zu zahlenden Beitrags, durch Reduzierung des Versicherungsschutzes und durch Verrechnung mit vorhandenem Deckungskapital aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen.

3.2 Beitragspause

Sie können in Textform verlangen, dass die Beitragszahlung unter Wegfall des Versicherungsschutzes für bis zu sechs Monate unterbrochen wird (Beitragspause). Voraussetzung für eine Beitragspause ist, dass der Beitrag für das vor der Beitragspause liegende Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurde und die nach Ablauf der Beitragspause verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.

Nach Ablauf der Frist für die Beitragspause leben die Beitragszahlungspflicht und der Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung wieder auf. Die Höhe des anschließend zu zahlenden Beitrags wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.

3.3 Herabsetzung des Beitrags

Sie können in Textform verlangen, dass die Höhe des zu zahlenden Beitrags herabgesetzt wird (Herabsetzung des Beitrags). Voraussetzung ist, dass der verbleibende jährliche Beitrag – beim Überschuss-System Beitragsverrechnung nach Verrechnung mit Überschüssen – mindestens 60 Euro beträgt und die jährliche Mindestberufsunfähigkeitsrente von 600 Euro nicht unterschritten wird. Durch die Herabsetzung des Beitrags verringern sich die versicherten Leistungen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Wiederanhebung nach Herabsetzung des Beitrags

Nach der Herabsetzung des Beitrags können Sie innerhalb von drei Jahren die Erhöhung des zu zahlenden Beitrags bis zur Höhe des unmittelbar vor der Herabsetzung des Beitrags vereinbarten Beitrags (Wiederanhebung) in Textform beantragen.

Voraussetzung ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederanhebung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.



Innerhalb von zwölf Monaten ab dem Termin, zu dem die Herabsetzung des Beitrags wirksam wurde, erfolgt die Wiederanhebung ohne erneute Risikoprüfung. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Wiederanhebung vom Ergebnis einer erneuten Gesundheits- und finanziellen Angemessenheitsprüfung (Finanzielle Angemessenheitsprüfung – siehe Kapitel Spezielle Klauseln der Allgemeinen Vertragsinformationen) der versicherten Person abhängig.

Erfolgt die Herabsetzung des Beitrags wegen einer Elternzeit der versicherten Person, kann die Frist, in der die Wiederanhebung ohne erneute Risikoprüfung erfolgt, bis zu 36 Monate betragen. Voraussetzung ist, dass die Herabsetzung des Beitrags frühestens drei Monate vor Beginn der Elternzeit und die Wiederanhebung spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ende der Elternzeit erfolgt. Wird die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, gilt dies entsprechend für jeden Abschnitt der Elternzeit. Für den Beginn und das Ende der Elternzeit sind uns geeignete Nachweise vorzulegen.

Der Versicherungsschutz nach der Wiederanhebung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet. Er ist aufgrund der Herabsetzung des Beitrags geringer.

Sie können den Versicherungsvertrag ebenso mit dem Versicherungsschutz, wie er unmittelbar vor der Herabsetzung des Beitrags bestanden hat, ab der Wiederanhebung fortführen, indem Sie den zu zahlenden Beitrag auf die Höhe des unmittelbar vor der Herabsetzung des Beitrags vereinbarten Beitrag erhöhen und zum Zeitpunkt der Wiederanhebung eine einmalige Nachzahlung leisten. Die Höhe der Nachzahlung ergibt sich aus der Differenz zwischen den herabgesetzten Beiträgen und den unmittelbar vor der Herabsetzung vereinbarten Beiträgen.

Die Wiederanhebung erfolgt mit unveränderten Rechnungsgrundlagen.

3.4 Beitragsstundung, Beitragspause, Herabsetzung des Beitrags und Wiederanhebung werden gebührenfrei durchgeführt.

G. Kündigung oder vorzeitige Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrags

1 Kündigung

Sie können Ihren Versicherungsvertrag jederzeit zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen.

Die Kündigung muss in Textform erfolgen.

Durch die Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag nach Nummer 2.1 grundsätzlich in einen vorzeitig beitragsfreien Versicherungsvertrag mit herabgesetzter Berufsunfähigkeitsrente um. Ein Auszahlungsbetrag nach Nummer 4 – sofern vorhanden – wird nur fällig, wenn die jährliche beitragsfreie Mindestberufsunfähigkeitsrente von 300 Euro nicht erreicht wird.

2 Vorzeitige Beitragsfreistellung

2.1 Unter Beachtung der in Nummer 1 genannten Termine können Sie in Textform verlangen, vorzeitig von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Bei der vorzeitigen Beitragsfreistellung wird – soweit vorhanden – der Rückkaufswert nach Nummer 5, vermindert um den Abzug nach Nummer 6 sowie um rückständige Beiträge, für die Bildung einer beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente verwendet, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet wird.

Für den beitragsfreien Versicherungsvertrag gilt, gegebenenfalls abweichend von einer zuvor getroffenen Vereinbarung für die beitragspflichtige Zeit, das Überschuss-System Sofortbonus. Ein gegebenenfalls vorhandenes Ansammlungsguthaben aus dem Überschuss-System Verzinsliche Ansammlung ist von der vorzeitigen Beitragsfreistellung nicht betroffen und wird weiterhin verzinst (siehe Abschnitt C Nummer 2.4) oder auf Ihr Verlangen in Textform hin ausgezahlt. War für die beitragspflichtige Zeit das Überschuss-System Sofortbonus vereinbart, vermindert sich durch die vorzeitige Beitragsfreistellung auch der Berufsunfähigkeitschutz aus der Überschussbeteiligung.

Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung kann eine Auszahlung des Ansammlungsguthabens aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen nicht verlangt werden.

Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und wird die jährliche beitragsfreie Mindestberufsunfähigkeitsrente von 300 Euro nicht erreicht, erhalten Sie – sofern vorhanden – den Auszahlungsbetrag nach Nummer 4 und der Versicherungsvertrag endet.

Die garantierte Höhe der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Tabelle der Garantiewerte (siehe Nummer 7) entnehmen.

2.2 Wiederinkraftsetzung nach vorzeitiger Beitragsfreistellung

Nach der vorzeitigen Beitragsfreistellung können Sie innerhalb von drei Jahren die Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederinkraftsetzung) bis zur Höhe des ursprünglichen Versicherungsschutzes in Textform beantragen.

Bei einer befristeten vorzeitigen Beitragsfreistellung nach Nummer 3 erfolgt die Wiederinkraftsetzung mit Ablauf der Frist, ohne dass Sie dies beantragen müssen.

Voraussetzung ist jeweils, dass zum Zeitpunkt der Wiederinkraftsetzung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und die verbleibende Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr beträgt.

Innerhalb von zwölf Monaten ab dem Termin, zu dem die vorzeitige Beitragsfreistellung wirksam wurde, erfolgt die Wiederinkraftsetzung ohne erneute Risikoprüfung. Nach Ablauf dieser Frist ist eine Wiederinkraftsetzung vom Ergebnis einer erneuten Gesundheits- und finanziellen Angemessenheitsprüfung (Finanzielle Angemessenheitsprüfung – siehe Kapitel Spezielle Klauseln der Allgemeinen Vertragsinformationen) der versicherten Person abhängig.

Erfolgt die vorzeitige Beitragsfreistellung wegen einer Elternzeit der versicherten Person, kann die Frist, in der die Wiederinkraftsetzung ohne erneute Risikoprüfung erfolgt, bis zu 36 Monate betragen. Voraussetzung ist, dass die vorzeitige Beitragsfreistellung frühestens drei Monate vor Beginn der Elternzeit und die Wiederinkraftsetzung spätestens innerhalb von drei Monaten nach Ende der Elternzeit erfolgt. Wird die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, gilt dies entsprechend für jeden Abschnitt der Elternzeit. Für den Beginn und das Ende der Elternzeit sind uns geeignete Nachweise vorzulegen.

Der Versicherungsvertrag wird mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, wieder in Kraft gesetzt. Der Versicherungsschutz ist aufgrund der während der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge geringer.

Sie können den Versicherungsvertrag ebenso mit dem Versicherungsschutz, wie er vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, wieder in Kraft setzen, wenn der zu zahlende Beitrag ab der Wiederinkraftsetzung entsprechend erhöht wird. Der erhöhte Beitrag wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet.

Die Wiederinkraftsetzung erfolgt mit unveränderten Rechnungsgrundlagen.

Die Wiederinkraftsetzung wird gebührenfrei durchgeführt.



3 Befristete vorzeitige Beitragsfreistellung

Die in Nummer 2 beschriebene vorzeitige Beitragsfreistellung können Sie auch auf einen Zeitraum von bis zu 36 Monaten befristen.

4 Auszahlungsbetrag

Der Auszahlungsbetrag ist der garantierte Auszahlungsbetrag zuzüglich der Leistungen aus der Überschussbeteiligung (zur Überschussbeteiligung siehe Abschnitt C). Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten Sie nur bei vereinbartem Überschuss-System Verzinliche Ansammlung.

Der garantierte Auszahlungsbetrag ist der Rückkaufswert nach Nummer 5, vermindert um den Abzug nach Nummer 6.

Die Höhe des garantierten Auszahlungsbetrags können Sie der Tabelle der Garantiewerte (siehe Nummer 7) entnehmen.

5 Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist das Deckungskapital ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung zum Termin, zu dem die Kündigung oder die vorzeitige Beitragsfreistellung wirksam wird.

Die garantierte Höhe des Rückkaufswertes können Sie der Tabelle der Garantiewerte (siehe Nummer 7) entnehmen.

6 Abzug bei Kündigung oder vorzeitiger Beitragsfreistellung

6.1 Bei Kündigung oder vorzeitiger Beitragsfreistellung nehmen wir einen Abzug nach Nummern 6.2, 6.3 und 6.4 vor. Die Höhe des Abzugs können Sie der Tabelle der Garantiewerte (siehe Nummer 7) entnehmen.

6.2 Durch Kündigung oder vorzeitige Beitragsfreistellung ergibt sich für den verbleibenden Versicherungsbestand eine verschlechterte Risikosituation. Kündigungen oder vorzeitige Beitragsfreistellungen erfolgen erfahrungsgemäß überwiegend dann, wenn aufgrund des Gesundheitszustands erwartet wird, dass der Versicherungsfall nicht eintritt und deshalb die Aufrechterhaltung des Versicherungsvertrags nicht für erforderlich gehalten wird. Im Gegensatz dazu wird bei inzwischen eingetretenen gesundheitlichen Beeinträchtigungen nicht auf den Versicherungsschutz verzichtet. Für den verbleibenden Versicherungsbestand ergibt sich dadurch ein durchschnittlich schlechteres Risiko. Deshalb dient dieser Teil des Abzugs dem Ausgleich der Verschlechterung der Risikolage für den verbleibenden Versichertenbestand. Dieser Teil des Abzugs wird in Prozent des Rückkaufswertes bemessen. Die Höhe des Prozentsatzes können Sie der Tabelle der Garantiewerte (siehe Nummer 7) entnehmen.

6.3 Das der Berechnung des Rückkaufswertes und der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zugrunde liegende Deckungskapital wird auf Basis der Beiträge ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Ein Teil des jeweiligen Beitrags wurde im Überschuss-System Beitragsverrechnung nicht gezahlt bzw. im Überschuss-System Verzinliche Ansammlung wieder gutgeschrieben. Unter Berücksichtigung der nicht gezahlten bzw. wieder gutgeschriebenen Beitragsteile fällt das Deckungskapital niedriger aus. Hierfür dient dieser Teil des Abzugs als Ausgleich. Dieser Teil des Abzugs wird in Prozent des Rückkaufswertes bemessen. Die Höhe des Prozentsatzes können Sie der Tabelle der Garantiewerte (siehe Nummer 7) entnehmen. Dieser Teil des Abzugs entfällt beim Überschuss-System Sofortbonus.

6.4 Durch die Kündigung oder die vorzeitige Beitragsfreistellung entstehen uns Verwaltungskosten. Dieser Teil des Abzugs beträgt 60 Euro und dient hierfür zum pauschalen Ausgleich.

6.5 Auf Ihr Verlangen hin müssen zunächst wir nachweisen, dass der Abzug ganz und in seinen einzelnen Teilen dem Grunde und der Höhe nach zutrifft. Können Sie nachweisen, dass in Ihrem Fall ein Teil des Abzugs oder der gesamte Abzug dem Grunde nach nicht zutrifft, dann entfällt dieser Teil des Abzugs oder der gesamte Abzug; können Sie nachweisen, dass der gesamte Abzug oder einer seiner Teile niedriger zu beziffern ist, dann wird der Abzug entsprechend Ihrem Nachweis herabgesetzt.

6.6 Der Abzug bei Kündigung oder vorzeitiger Beitragsfreistellung ist für Sie wirtschaftlich nachteilig.

7 Tabelle der Garantiewerte

Nähere Informationen zur garantierten Höhe des Rückkaufswertes, der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente, des Auszahlungsbetrags und des Abzugs können Sie der Tabelle der Garantiewerte (Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsschein) entnehmen.

8 Beitragsrückzahlung

Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

H. Gestaltungsrechte während der Vertragsdauer / Empfänger der Versicherungsleistung

1 Bezugsrecht, Abtretung und Verpfändung

1.1 Widerrufliches Bezugsrecht

Die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

1.2 Unwiderrufliches Bezugsrecht

Sie können auch ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen benannten Bezugsberechtigten aufgehoben werden.

1.3 Wirksamkeit von Bezugsrechten, Abtretungen und Verpfändungen

Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts und die Einräumung eines unwiderruflichen Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Das Gleiche gilt für Abtretungen und Verpfändungen, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen im Sinne der Nummer 1.2 vorgenommen haben.

2 Nachversicherungsgarantie bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung

2.1 Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie das Recht, eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung, ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, unter Berücksichtigung der Nummern 2.2 bis 2.5 zu verlangen (Nachversicherung).

Ereignisabhängige Nachversicherung

Sie können eine Nachversicherung innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt folgender Ereignisse verlangen:

- Heirat der versicherten Person,
- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person,
- Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person,



- Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) der versicherten Person,
- Erhöhung des Einkommens der versicherten Person, die erstmalig zum Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung führt,
- Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit um mehr als zehn Prozent gegenüber dem monatlichen Durchschnittsbruttoeinkommen der letzten zwölf Monate,
- Erhöhung des Einkommens der versicherten Person, die erstmalig zum Überschreiten der Pflichtversicherungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung führt,
- erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bei versicherten Schülern, Studenten und Auszubildenden,
- erfolgreichem Abschluss einer Meisterprüfung durch die versicherte Person,
- erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit der versicherten Person, sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächlichliches Einkommen bezieht,
- Aufnahme einer freiberuflichen oder selbstständigen Tätigkeit mit Kammerzugehörigkeit der versicherten Person,
- erfolgreichem Abschluss einer Prüfung zum staatlich geprüften Techniker durch die versicherte Person,
- erfolgreichem Abschluss einer Prüfung zum Fachwirt oder Betriebswirt (Uni, FH, DH, IHK, VFA, HwO, HWK) durch die versicherte Person,
- Wegfall der Versicherungspflicht der versicherten Person in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Handwerkern,
- Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie durch die versicherte Person,
- Aufnahme eines Darlehens in Höhe von mindestens 50.000 Euro durch die versicherte Person zur Finanzierung eines Aus- oder Umbaus einer von dieser selbst bewohnten Immobilie.

Ereignisunabhängige Nachversicherung

Unabhängig vom Eintritt eines Ereignisses können Sie eine Nachversicherung innerhalb von fünf Jahren nach Versicherungsbeginn einmalig verlangen.

2.2 Die Nachversicherung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Ihr werden der gleiche Tarif – mit den für ihn gültigen Tarifbestimmungen, den Rechnungsgrundlagen und den zugehörigen Allgemeinen, Besonderen oder Ergänzenden Bedingungen – und alle sonstigen geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt.

Ereignisabhängige Nachversicherung

Innerhalb der in Nummer 2.1 genannten Frist sind uns geeignete Nachweise dafür vorzulegen, dass die jeweiligen Voraussetzungen für die Nachversicherung eingetreten sind. Der Versicherungsschutz aus der Nachversicherung beginnt zur nächsten Beitragsfälligkeit, nachdem uns die Erklärung zur Nachversicherung und diese Nachweise vorliegen und Sie den erhöhten Beitrag gezahlt haben.

Ereignisunabhängige Nachversicherung

Der Versicherungsschutz aus der Nachversicherung beginnt zur nächsten Beitragsfälligkeit, nachdem uns die Erklärung zur Nachversicherung vorliegt und Sie den erhöhten Beitrag gezahlt haben.

2.3 Außerdem gelten für die Nachversicherung folgende Bestimmungen:

- Die Begrenzung der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente für den bei Abschluss des Versicherungsvertrags ausgeübten Beruf darf nicht überschritten werden.
- Die versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente der Nachversicherung, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, darf zwischen 600 Euro und 6.000 Euro betragen.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente aller Nachversicherungen, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, darf insgesamt 18.000 Euro nicht überschreiten.

- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, darf 90.000 Euro nicht überschreiten.
- Die zum jeweiligen Zeitpunkt der Nachversicherung bestehende versicherte Berufsunfähigkeitsrente darf sich um bis zu 25 Prozent bzw. bei erstmaliger Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit bei versicherten Schülern, Studenten und Auszubildenden um bis zu 50 Prozent erhöhen.
- Der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit darf durch die Nachversicherung ein angemessenes Verhältnis zum Arbeitseinkommen nicht überschreiten. Dabei sind für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bestehende oder vergleichbare Ansprüche der versicherten Person zu berücksichtigen (Finanzielle Angemessenheitsprüfung – siehe Kapitel Spezielle Klauseln der Allgemeinen Vertragsinformationen).

2.4 Wenn wir eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung feststellen, erlischt Ihr Recht auf Nachversicherung und es gelten die Regelungen in Abschnitt E entsprechend für bereits bestehende Nachversicherungen.

2.5 Ihr Recht auf Nachversicherung erlischt,

- wenn die versicherte Person im Falle der ereignisabhängigen Nachversicherung das 50. Lebensjahr oder im Falle der ereignisunabhängigen Nachversicherung das 40. Lebensjahr vollendet hat oder
- die verbleibende Beitragszahlungsdauer weniger als fünf Jahre beträgt oder
- sobald erstmals Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden oder der Versicherungsfall eingetreten ist.

3 Erhöhungen bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung

3.1 Sie haben das Recht, bis zu fünfmal eine Erhöhung der vereinbarten Versicherungsleistungen zu verlangen, sofern die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es handelt sich um einen Versicherungsvertrag mit noch laufender Beitragszahlung.
- Die verbleibende Beitragszahlungsdauer beträgt noch mindestens fünf Jahre.
- Die einzelne Erhöhung muss mindestens einen jährlichen Beitrag von 120 Euro ergeben.
- Der jährliche Beitrag aller Erhöhungen darf höchstens 200 Prozent der für das erste Versicherungsjahr gezahlten Beiträge betragen.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, darf durch die Erhöhung 72.000 Euro nicht überschreiten.
- Es sind keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt worden und der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten.

Die Erhöhung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Ihr werden der gleiche Tarif – mit den für ihn gültigen Tarifbestimmungen, den Rechnungsgrundlagen und den zugehörigen Allgemeinen, Besonderen oder Ergänzenden Bedingungen – und alle sonstigen geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt.

3.2 Ihr Recht auf Erhöhung ist vom Ergebnis einer erneuten Gesundheitsprüfung der versicherten Person abhängig.

3.3 Außerdem ist Ihr Recht auf Erhöhung davon abhängig, dass der Anspruch der versicherten Person auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit durch die Erhöhung ein angemessenes Verhältnis zum Arbeitseinkommen nicht überschreitet. Dabei sind für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bestehende oder vergleichbare Ansprüche zu berücksichtigen (Finanzielle Angemessenheitsprüfung – siehe Kapitel Spezielle Klauseln der Allgemeinen Vertragsinformationen). Außerdem gelten die bei Abschluss des Versicherungsvertrags für die Berufsunfähigkeitsrente maßgeblichen Begrenzungen.



3.4 Der Versicherungsschutz aus der Erhöhung beginnt zur nächsten Beitragsfälligkeit, nachdem uns Ihre Erklärung zur Erhöhung vorliegt, die Gesundheitsprüfung und die finanzielle Angemessenheitsprüfung abgeschlossen sind und Sie den erhöhten Beitrag gezahlt haben.

4 Verlängerung des Versicherungsvertrags ohne erneute Risikoprüfung

4.1 Sie haben das Recht, im Fall der Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, einmalig eine entsprechende Verlängerung der Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Versicherungsvertrags ohne erneute Risikoprüfung zu verlangen.

Die Versicherungs- und Leistungsdauer kann um die Zeitspanne verlängert werden, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde, höchstens jedoch bis zur Vollendung des 70. Lebensjahres der versicherten Person. Ist diese Verlängerung nach den bei Abschluss des Versicherungsvertrags maßgeblichen Begrenzungen nicht versicherbar, kann stattdessen bis zum jeweiligen höchstmöglichen Endalter verlängert werden.

Die Verlängerung Ihres Versicherungsvertrags können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung verlangen.

4.2 Sie können das Recht auf Verlängerung nicht ausüben,

- wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- wenn die Versicherungsdauer Ihres Versicherungsvertrags höchstens bis zur Vollendung des 62. Lebensjahres der versicherten Person vereinbart ist,
- wenn der Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt ist,
- sobald erstmals Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden oder der Versicherungsfall eingetreten ist.

4.3 Die Verlängerung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Ihr werden der gleiche Tarif – mit den für ihn gültigen Tarifbestimmungen, den Rechnungsgrundlagen und den zugehörigen Allgemeinen, Besonderen oder Ergänzenden Bedingungen – und alle sonstigen geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt.

Mit der Verlängerung ändert sich der Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. In der Regel führt dies zu einer Erhöhung des Beitrags. Die Verlängerung wird zur nächsten Beitragsfälligkeit wirksam, nachdem uns Ihre Erklärung zur Verlängerung zugegangen ist und Sie den erhöhten Beitrag gezahlt haben.

I. Allgemeine Vertragsbestimmungen

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Versicherungsvertrag aufgrund der Willenserklärungen der beiden Vertragspartner abgeschlossen worden ist und Sie den Einlösungsbeitrag gezahlt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

Ein vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt.

2 Informationen während der Vertragslaufzeit

Bei den Überschuss-Systemen Beitragsverrechnung und Sofortbonus informieren wir Sie, wenn sich der Prozentsatz der Überschussbeteiligung ändert. Beim Überschuss-System Verzinsliche Ansammlung teilen wir Ihnen einmal jährlich den aktuellen Stand der Überschussbeteiligung mit. Auf Wunsch können Sie den aktuellen Stand Ihres Versicherungsvertrags jederzeit von uns erfahren.

3 Regelungen zur Leistungsauszahlung

3.1 Auszahlung in Euro

Leistungen aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir als Geldleistung in Euro.

3.2 Überweisung der Leistungen

Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

3.3 Verrechnung von ausstehenden Beträgen

Bei Fälligkeit von Leistungen aus dem Versicherungsvertrag verrechnen wir Beitragsrückstände oder sonstige ausstehende Beträge.

4 Meldung von Adress- und Namensänderungen

4.1 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Versicherungsvertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

4.2 Bei Änderung Ihres Namens gilt Nummer 4.1 entsprechend. Außerdem ist uns ein geeigneter Nachweis über die Namensänderung vorzulegen.

5 Weitere Mitteilungspflichten

5.1 Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Versicherungsvertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Abschluss des Versicherungsvertrags, bei Änderung nach Abschluss des Versicherungsvertrags oder auf Nachfrage unverzüglich – d.h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Versicherungsvertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

5.2 Notwendige Informationen im Sinne von Nummer 5.1 sind insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Versicherungsvertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere Steueridentifikationsnummern, Geburtsdatum, Geburtsort und Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung werden Ihre Versicherungsvertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden gemeldet. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.



6 Verrechnung der Kosten Ihres Versicherungsvertrags

6.1 Mit Ihrem Versicherungsvertrag sind Kosten verbunden. Diese sind bereits bei der Kalkulation Ihrer Beiträge berücksichtigt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten (insbesondere Aufwendungen für Versicherungsvertriebsprovisionen, Beratung, Gesundheitsauskünfte, Werbung oder die Ausstellung des Versicherungsscheins) sowie übrige Kosten. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie den vorvertraglichen Informationen entnehmen.

6.2 Für die Berücksichtigung der Abschluss- und Vertriebskosten Ihres Versicherungsvertrags in unserem Jahresabschluss ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 Deckungsrückstellungsverordnung (DeckRV) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der bilanziellen Deckungsrückstellung bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der Summe der für die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrags vereinbarten Beiträge (Beitragssumme) beschränkt.

Damit auch in den ersten Jahren bereits Beitragsteile bei einer Kündigung oder vorzeitigen Beitragsfreistellung zur Verfügung stehen, werden Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von bis zu 2,5 Prozent der Beitragssumme nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik gleichmäßig auf die ersten 60 beitragspflichtigen Monate verteilt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als 60 Monate, verteilen wir die Kosten gleichmäßig auf die kürzere Beitragszahlungsdauer. Bereits verrechnete Abschluss- und Vertriebskosten werden nicht erstattet.

Zeiträume, in denen der Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt ist, werden bei der Ermittlung des 60-Monats-Zeitraumes nicht berücksichtigt.

Bei Erhöhungen, z.B. dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen, wird jeder Erhöhungsteil hinsichtlich der Abschluss- und Vertriebskosten wie ein eigenständiger Versicherungsvertrag behandelt.

6.3 Die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

6.4 Das beschriebene Verfahren zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Versicherungsvertrags keine oder nur geringe Beträge für einen Rückkaufswert vorhanden sind. Dies ist für Sie wirtschaftlich nachteilig. Nähere Informationen zur garantierten Höhe des Rückkaufswertes, der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente, des Auszahlungsbetrags und des Abzugs können Sie der Tabelle der Garantiewerte (Individuelle Vertragsinformationen und Versicherungsschein) entnehmen.

7 Sonstige Kosten

Mit sonstigen Kosten belasten wir Sie oder Ihren Versicherungsvertrag nur aus besonderen, von Ihnen veranlassten, Gründen (z.B. bei Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins oder Beitragsverzug) zum pauschalen Ausgleich der durchschnittlich entstehenden Kosten. Einzelheiten dazu, insbesondere zur jeweiligen Kostenveranlassung und -höhe, entnehmen Sie bitte unserer Gebührenübersicht (Gebührenübersicht – siehe Kapitel Überschussbeteiligung und Kosten der Allgemeinen Vertragsinformationen). Die dort genannten Kosten werden von uns regelmäßig überprüft und gegebenenfalls nach billigem Ermessen neu festgesetzt. Die jeweils aktuelle Gebührenübersicht können Sie auf unserer Internetseite einsehen. Gerne teilen wir Ihnen die sonstigen Kosten auf Anfrage auch jederzeit mit.

Auf Ihr Verlangen hin müssen zunächst wir das Entstehen und die Höhe dieser Kosten nachweisen. Können Sie nachweisen, dass in Ihrem Fall keine Kosten entstanden sind, dann entfallen diese; können Sie nachweisen, dass geringere Kosten entstanden sind, dann werden diese entsprechend Ihrem Nachweis herabgesetzt.

8 Verjährung der Ansprüche auf Versicherungsleistungen

Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren in drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchsberechtigte von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren alle Ansprüche in zehn Jahren, nachdem sie entstanden sind.

Ist der Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Leistungsentscheidung dem Anspruchsberechtigten in Textform zugeht. Der Zeitraum zwischen der Anmeldung und dem Zugang unserer Leistungsentscheidung bleibt damit bei der Berechnung der Frist unberücksichtigt.

Ist derjenige, der den Anspruch auf eine Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden, kann er den Anspruch innerhalb der Verjährungsfrist gerichtlich geltend machen. Wird die Frist versäumt, können wir uns auf die Einrede der Verjährung berufen.

9 Vereinbartes Vertragsrecht und Gerichtsstand

9.1 Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

9.2 Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns

- bei dem für unseren Sitz oder
- bei dem für Ihren Wohnsitz – in Ermangelung eines solchen bei dem für Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort – zum Zeitpunkt der Klageerhebung

örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

9.3 Ansprüche gegen Sie können ausschließlich an dem für Ihren Wohnsitz – in Ermangelung eines solchen an dem für Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort – zum Zeitpunkt der Klageerhebung örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden.

9.4 Verlegen Sie nach Abschluss des Versicherungsvertrags Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in ein anderes Land oder ist Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthaltsort zum Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das für unseren Sitz örtlich zuständige Gericht zuständig.

10 Streitbelegungsverfahren (Versicherungsombudsmann)

10.1 Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.



Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige, kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle für Verbraucher. Wir haben uns verpflichtet, an diesem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Den Versicherungsombudsmann erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Wenn Sie diesen Versicherungsvertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch an die Online-Streitbeilegungs-Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

10.2 Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden oder den Rechtsweg beschreiten.



III. Ergänzende Bedingungen für das Karriere-Paket zur Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

(Fassung 1/2022)

Ergänzend zu den

- Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU,
- Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBUS,
- Allgemeinen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PEU und den
- Allgemeinen Bedingungen für die Erwerbsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PEUS

gelten folgende Regelungen:

A. Starter-Bonus

1 Versicherungsleistungen

Bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person nach Nummer 2 während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung und innerhalb der ersten fünf Jahre nach der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zahlen wir eine zusätzliche Erwerbsunfähigkeitsrente. Die fünf Jahre beginnen unabhängig vom Versicherungsbeginn. Die Höhe der zusätzlichen Erwerbsunfähigkeitsrente entspricht 50 Prozent der versicherten Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, höchstens jedoch 6.000 Euro jährlich. Die Leistungsdauer der zusätzlichen Erwerbsunfähigkeitsrente entspricht der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung.

Als berufliche Tätigkeit gelten hierbei Vollzeit- bzw. Teilzeittätigkeiten als Angestellter oder Arbeiter sowie selbstständige und freiberufliche Tätigkeiten. Keine beruflichen Tätigkeiten im Sinne dieser Bedingungen sind geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (z.B. „Minijobs“ oder „Ein-Euro-Jobs“) sowie Praktika und Aushilfstätigkeiten (z.B. Studenten- oder Schülerjobs, Saisontätigkeiten).

Erfolgte die erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit fünf oder mehr Jahre vor Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz aus dem Starter-Bonus, bei weniger als fünf Jahren verkürzt sich die Versicherungsdauer des Starter-Bonus entsprechend anteilig.

Die Versicherungsleistungen des Starter-Bonus erhöhen nicht die Leistungen eines gegebenenfalls eingeschlossenen Pflege-Pakets.

2 Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit

2.1 Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, außerstande gewesen ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben.

2.2 Erwerbsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die sechs Monate im Sinne der Nummer 2.1 noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

2.3 Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor bei Pflegebedürftigkeit. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls so hilflos gewesen ist, dass sie für Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedurfte. Der Umfang der Hilfestellung wird nach einer Punktetabelle ermittelt.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person trotz krankengerechter Kleidung nur mit Hilfe einer anderen Person an- oder ausziehen kann.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, weil sie selbst die dafür erforderlichen Körperbewegungen nicht mehr ausführen kann.
- Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

2.4 Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die sechs Monate im Sinne der Nummer 2.3 noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

2.5 Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch bei mindestens mittelschwerer Demenz vor. Mittelschwere Demenz ist gegeben, wenn die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen nicht mehr ohne fremde Hilfe zurechtkommt. Dies setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen wie folgt auswirkt:

Die versicherte Person

- kann sich während einer Befragung kaum an relevante Aspekte ihres Lebens erinnern, z.B. an die Adresse, die langjährige Telefonnummer, die Namen naher Familienangehöriger wie die der Enkel oder den Namen der Schule, die sie zuletzt besucht hat,
- ist häufig desorientiert hinsichtlich Zeit (Datum, Wochentag, Jahreszeit etc.) oder Ort,
- kann Schwierigkeiten haben, beginnend bei 40 in Vierschritten oder beginnend bei 20 in Zweerschritten rückwärts zu zählen,
- erinnert sich nur noch an einzelne Fakten, die sie selbst oder andere betreffen,
- braucht keine Hilfe beim Toilettengang oder Essen, kann aber Schwierigkeiten bei der Auswahl situationsgerechter Kleidung haben (z.B. wählt sie oft Hausschuhe für den Waldspaziergang).



Oben stehender Definition der mittelschweren Demenz nebst Fallbeispielen liegt die Reisberg-Skala zugrunde (Global Deterioration Scale – GDS, Einteilung der Demenz in sieben Grade, Stand 08/2014). Nach Reisberg verläuft die Entwicklung einer Demenz so, dass die bis in das Erwachsenenalter erlernten Fähigkeiten nacheinander verloren werden.

2.6 Mittelschwere Demenz liegt auch vor, wenn die sechs Monate im Sinne der Nummer 2.5 noch nicht erreicht sind, aber voraussichtlich erreicht werden.

2.7 Bei Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Nummern 2.1 und 2.2 leisten wir, wenn die versicherte Person nicht mehr als drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit nachgehen kann.

Als Erwerbstätigkeit gelten alle Tätigkeiten, die auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt üblich sind, und alle selbstständigen Tätigkeiten. Bei der Entscheidung über das Vorliegen von Erwerbsunfähigkeit kommt es ausschließlich auf die gesundheitlichen Verhältnisse der versicherten Person an. Nicht berücksichtigt werden der zuletzt ausgeübte Beruf, die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten, die bisherige Lebensstellung, insbesondere das bislang erzielte berufliche Einkommen, und die jeweilige Arbeitsmarktlage.

Bei Pflegebedürftigkeit im Sinne der Nummer 2.3 und 2.4 leisten wir ab zwei Punkten. Bei mittelschwerer Demenz im Sinne der Nummern 2.5 und 2.6 leisten wir ab einem Schweregrad fünf nach Reisberg (GDS 5).

2.8 Der Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit ist der Tag, an dem die maßgeblichen sechs Monate begonnen haben.

B. Option auf Verdopplung

Die Option auf Verdopplung ist eine zusätzliche Form der ereignisabhängigen Nachversicherung.

Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung haben Sie dabei nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums der versicherten Person das Recht, eine Erhöhung der zum Zeitpunkt der Nachversicherung bestehenden versicherten Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente um bis zu 100 Prozent (Verdopplung) ohne erneute Risikoprüfung, ausgenommen finanzielle Angemessenheitsprüfung, zu verlangen. Die Option auf Verdopplung kann während der Versicherungsdauer nur einmal ausgeübt werden.

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person innerhalb von zwölf Monaten nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder eines Studiums eine Berufstätigkeit entsprechend der Berufsausbildung oder dem Studium aufnimmt und uns innerhalb dieser Frist jeweils ein geeigneter Nachweis vorgelegt wird. Die versicherte jährliche Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente gegebenenfalls inklusive Sofortbonus darf nach der Erhöhung höchstens 30.000 Euro betragen.

Soweit nichts anderes bestimmt ist, finden die Bestimmungen nach Abschnitt H Nummer 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Option auf Verdopplung sinngemäß Anwendung.

C. Rabatt auf Nachversicherungen

Bei allen Nachversicherungen zu diesem Versicherungsvertrag erhalten Sie auf den Beitrag für die jeweilige Nachversicherung fünf Prozent Rabatt.

D. Qualifikationsbonus

1 Bei Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung können Sie eine Überprüfung der individuellen Risikoeinstufung anhand des ausgeübten Berufs der versicherten Person unter Berücksichtigung der persönlichen Berufsmerkmale verlangen (Qualifikationsbonus).

Qualifikationsbonus - Weiterbildung

Sie können innerhalb von zwölf Monaten nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung, einer Meisterprüfung oder eines Studiums seitens der versicherten Person den Qualifikationsbonus verlangen, sofern der dann ausgeübte Beruf der versicherten Person in unmittelbarem Zusammenhang mit dem erfolgreichen Abschluss steht. Hierzu ist uns innerhalb der Frist ein geeigneter Nachweis über den erfolgreichen Abschluss vorzulegen.

Qualifikationsbonus - Berufswechsel

Sie können innerhalb der ersten zehn Jahre nach Versicherungsbeginn oder innerhalb der ersten zehn Jahre nach der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit der versicherten Person den Qualifikationsbonus einmalig verlangen, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet hat. Der Zeitraum nach der erstmaligen Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit beginnt unabhängig vom Versicherungsbeginn.

Als berufliche Tätigkeit gelten hierbei Vollzeit- bzw. Teilzeittätigkeiten als Angestellter oder Arbeiter sowie selbstständige und freiberufliche Tätigkeiten. Keine beruflichen Tätigkeiten im Sinne dieser Bedingungen sind geringfügige Beschäftigungsverhältnisse (z.B. „Minijobs“ oder „Ein-Euro-Jobs“) sowie Praktika und Aushilftätigkeiten (z.B. Studenten- oder Schülerjobs, Saisontätigkeiten).

2 Führt die Überprüfung, welche wir – ohne erneute Risikoprüfung – mit den Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses vornehmen, zu einer Beitragssenkung, werden wir diese zukünftig berücksichtigen.

Für den Qualifikationsbonus - Weiterbildung vermindert sich der Beitrag ab der nächsten Beitragsfälligkeit nach Vorlage des Nachweises und Abschluss unserer Überprüfung.

Für den Qualifikationsbonus - Berufswechsel vermindert sich der Beitrag ab der nächsten Beitragsfälligkeit, nach Ihrer Anzeige zur Überprüfung und Abschluss unserer Überprüfung.

3 Führt die Überprüfung zu einer Beitragssenkung, beginnen die Fristen bezüglich der Verletzung der Anzeigepflicht (siehe Abschnitt E der Allgemeinen Bedingungen) im Hinblick auf die Angaben zur Risikoeinstufung im Rahmen des Qualifikationsbonus neu zu laufen.

E. Vereinbarungen und Gültigkeit anderer Bedingungen

Für das Karriere-Paket besteht kein separates Kündigungsrecht.

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen sinngemäß Anwendung.

Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit gelten entsprechend auch für das Karriere-Paket. Informationen hierzu können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



IV. Ergänzende Bedingungen für das Pflege-Paket zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

(Fassung 1/2022)

Ergänzend zu den

- Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU und den
- Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBUS

gelten folgende Regelungen:

A. Lebenslange Pflegerente

1 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn nach Maßgabe des Abschnitts B Nummern 1.6 bis 1.10 der Allgemeinen Bedingungen Pflegebedürftigkeit oder mittelschwere Demenz vorliegt.

2 Versicherungsleistungen

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit der versicherten Person nach Nummer 1 während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung zahlen wir eine zusätzliche lebenslange Pflegerente. Die Höhe der anfänglichen lebenslangen Pflegerente entspricht der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente zum Zeitpunkt des Eintritts der bestehenden Berufsunfähigkeit. Eine Leistung aus dem Überschuss-System Sofortbonus wird dabei nicht berücksichtigt. Die anfängliche lebenslange Pflegerente ist dabei auf jährlich 42.000 Euro begrenzt. Eine gegebenenfalls vereinbarte Karenzzeit für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt auch für die lebenslange Pflegerente. Eine gegebenenfalls vereinbarte Leistungsdynamik für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt nicht für die lebenslange Pflegerente.

Der Anspruch auf die lebenslange Pflegerente erlischt,

- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Wegfall oder Minderung der Pflegebedürftigkeit oder der Demenz nach Abschnitt D Nummern 3.5 und 3.6 der Allgemeinen Bedingungen.

3 Laufende Überschussbeteiligung für die Zeit, in der die lebenslange Pflegerente geleistet wird

Sofern von uns eine entsprechende Überschussbeteiligung festgesetzt wird, erhält der einzelne Versicherungsvertrag Überschussanteile.

Die Überschussbeteiligung wird am 01. Januar eines jeden Jahres zugewiesen und zur Bildung einer beitragsfreien lebenslangen Pflegerente verwendet. Die Überschussbeteiligung wird in Prozent des Deckungskapitals der laufenden lebenslangen Pflegerente bemessen und in Abhängigkeit von den in Abschnitt C Nummer 1.5 der Allgemeinen Bedingungen beschriebenen Merkmalen festgelegt. Wurde die lebenslange Pflegerente nur während eines Teiles des Vorjahres gezahlt, wird die Überschussbeteiligung anteilig berechnet.

B. Pflege-Sofortkapital

1 Vorliegen von Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn nach Maßgabe des Abschnitts B Nummern 1.6 bis 1.10 der Allgemeinen Bedingungen Pflegebedürftigkeit oder mittelschwere Demenz vorliegt.

2 Versicherungsleistungen

2.1 Pflege-Sofortkapital für die versicherte Person

Wird die versicherte Person während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung pflegebedürftig nach Nummer 1, zahlen wir ein Pflege-Sofortkapital in Höhe von zwölf versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten. Eine Leistung aus dem Überschuss-System Sofortbonus wird dabei nicht berücksichtigt.

Während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung wird das Pflege-Sofortkapital nur einmal erbracht.

2.2 Pflege-Sofortkapital für einen Angehörigen

Wird ein Angehöriger der versicherten Person während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung

- in den ersten drei Versicherungsjahren aufgrund eines Unfalls oder
- nach Ablauf der ersten drei Versicherungsjahre

pflegebedürftig nach Nummer 1, zahlen wir ein Pflege-Sofortkapital in Höhe von zwölf versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten. Eine Leistung aus dem Überschuss-System Sofortbonus wird dabei nicht berücksichtigt.

Während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung wird das Pflege-Sofortkapital für den jeweiligen Angehörigen nur einmal erbracht.

Angehörige im Sinne dieser Bedingungen sind der mit der versicherten Person verheiratete Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes (LPartG) sowie kindergeldberechtigte Kinder der versicherten Person bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Ein Unfall liegt vor, wenn ein Angehöriger der versicherten Person durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

C. Vereinbarungen und Gültigkeit anderer Bedingungen

Für das Pflege-Paket besteht kein separates Kündigungsrecht.

Soweit in den Abschnitten A und B nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen, auch für die lebenslange Pflegerente und das Pflege-Sofortkapital, sinngemäß Anwendung.

Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit gelten entsprechend auch für die lebenslange Pflegerente und das Pflege-Sofortkapital. Informationen hierzu können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



V. Ergänzende Bedingungen für das Plus-Paket zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

(Fassung 1/2022)

Ergänzend zu den

- Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU und den
- Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBUS

gelten folgende Regelungen:

A. Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit

1 Vorliegen von Arbeitsunfähigkeit

Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls ihre zuletzt vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit ausgeübte Tätigkeit nicht oder nur unter der Gefahr der Verschlimmerung der Erkrankung oder Verletzung ausführen kann.

2 Versicherungsleistungen

2.1 War die versicherte Person während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung sechs Monate ununterbrochen fachärztlich bescheinigt arbeitsunfähig und werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, erbringen wir die folgenden Versicherungsleistungen:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und
- volle Zahlung einer Rente in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus.

2.2 Der Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit entsteht mit Ablauf des Monats, in den der fachärztlich bescheinigte Beginn der Arbeitsunfähigkeit fällt. Bei Feststellung der Leistungspflicht innerhalb einer Zahlungsperiode der Berufsunfähigkeitsrente leisten wir die erste Rentenzahlung anteilig.

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

2.3 Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers auf die versicherte Person ausgestellte fachärztliche Bescheinigungen eingereicht werden. Die Bescheinigungen müssen von einem in Deutschland zugelassenen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Anschließend sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person vorliegt.

2.4 Die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange

- die versicherte Person ununterbrochen arbeitsunfähig ist,
- die vertragliche Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht abgelaufen ist,
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen,
- die versicherte Person lebt und

- insgesamt eine Dauer der Arbeitsunfähigkeit von 24 Monaten während der vertraglichen Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung nicht überschritten ist. Wenn die versicherte Person mehrfach nach Nummer 1 bescheinigt arbeitsunfähig ist, ist die Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeiten zusammen auf 24 Monate beschränkt. Bei der maximalen Leistungsdauer von 24 Monaten werden auch die Monate berücksichtigt, in denen Arbeitsunfähigkeit vorlag, aber aufgrund einer gegebenenfalls vereinbarten Karenzzeit noch keine Leistung erbracht wurde.

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

2.5 Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Bedingungen nach Maßgabe des Abschnitts B Nummer 1 vorliegt, und für den Zeitraum seit Eintritt der festgestellten Berufsunfähigkeit bereits Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet und bei der maximalen Leistungsdauer wegen Arbeitsunfähigkeit von 24 Monaten nicht berücksichtigt.

2.6 Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Leistungen wegen Krebs Plus (siehe Abschnitt B) erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit.

B. Leistung wegen Krebs Plus

1 Versicherungsleistungen

1.1 Wenn die versicherte Person während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung im Sinne dieser Bedingungen nach den Nummern 2 bis 7

- an Krebs erkrankt,
- einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Hörverlust erleidet,
- erblindet oder
- auf einen Rollstuhl angewiesen ist

und Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt, erbringen wir für die Dauer von höchstens 15 Monaten die folgenden Versicherungsleistungen:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht und
- volle Zahlung einer Rente in Höhe der versicherten Berufsunfähigkeitsrente, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus.

Leistungen wegen Krebs Plus können während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung mehrmals beansprucht werden.

Leistungen wegen Krebs Plus erhöhen sich nicht, wenn in dem Zeitraum, in dem wir bereits Leistungen wegen Krebs Plus erbringen, erneut ein Anspruch auf Leistungen wegen Krebs Plus entsteht. Die Leistungsdauer von höchstens 15 Monaten kann sich jedoch in diesem Fall verlängern.

1.2 Der Anspruch auf Leistungen wegen Krebs Plus entsteht mit Ablauf des Monats, in den die fachärztlich bescheinigte Diagnose einer Krebserkrankung, eines Herzinfarkts, eines Schlaganfalls, eines Hörverlust, einer Erblindung oder eines Rollstuhlbedarfs fällt. Bei Feststellung der Leistungspflicht innerhalb einer Zahlungsperiode der Berufsunfähigkeitsrente leisten wir die erste Rentenzahlung anteilig.

Leistungen wegen Krebs Plus können nur dann verlangt werden, wenn zeitgleich Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden. Die von uns zur Leistungsprüfung von Berufsunfähigkeit benötigten Unterlagen können Sie uns auch nachreichen.



1.3 Werden Leistungen wegen Krebs Plus verlangt, haben Sie uns ein Zeugnis eines Facharztes einschließlich Befunden und – falls vorhanden – Krankenhausberichte vorzulegen. Aus diesen Unterlagen muss hervorgehen, dass die versicherte Person im Sinne dieser Bedingungen

- an Krebs erkrankt ist,
- einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Hörverlust erlitten hat,
- erblindet ist oder
- auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

Bei Vorliegen eines Herzinfarkts muss die Funktionseinschränkung des Herzens anhand einer Echokardiographie, Szintigraphie oder einer anderen medizinisch gleichwertigen Methode nachgewiesen werden.

Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm (CT), ein Kernspintomogramm (MRT) oder ein anderes gleichwertiges bildgebendes Verfahren nachgewiesen werden.

Entstehende Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

1.4 Der Anspruch auf Leistungen wegen Krebs Plus erlischt, wenn die versicherte Person stirbt, wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbringen oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

1.5 Wenn die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person Berufsunfähigkeit im Sinne der Allgemeinen Bedingungen nach Maßgabe des Abschnitts B Nummer 1 vorliegt, und für den Zeitraum seit Eintritt der festgestellten Berufsunfähigkeit bereits Leistungen wegen Krebs Plus erbracht wurden, so werden diese Leistungen mit den für diesen Zeitraum fälligen Berufsunfähigkeitsleistungen verrechnet.

1.6 Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krebs Plus.

2 Vorliegen einer Krebserkrankung

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z.B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist, und mindestens das Stadium II erreicht hat. Unter den Begriff Krebs fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems, z.B. Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Bei Leukämien besteht eine Leistungspflicht unabhängig vom Stadium nur, wenn diese eine Anämie verursacht haben.

Die Einstufung des Krebses mindestens in das Stadium II muss

- entsprechend der „TNM Klassifikation maligner Tumoren“ der International Union Against Cancer (UICC), oder
- bei Hirntumoren entsprechend der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (WHO), oder
- bei Lymphomen entsprechend der Ann-Arbor-Klassifikation,

nach dem jeweils im September 2018 gültigen Stand, erfolgt sein.

3 Vorliegen eines Herzinfarkts (Myokardinfarkt)

Ein Herzinfarkt ist ein plötzliches Ereignis, das durch ein Absterben von Herzmuskelgewebe aufgrund einer unzureichenden Blutversorgung (Ischämie) der betroffenen Bereiche des Herzmuskels gekennzeichnet ist.

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG)
Es werden neu aufgetretene Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG) festgestellt, die einem Herzinfarkt entsprechen.
- Veränderungen von Blutwerten
Es werden Veränderungen von bestimmten Blutwerten diagnostiziert, d.h. ein Anstieg der herzspezifischen Enzyme (Troponin oder Kreatinkinase-MB) über die geltenden Grenzwerte hinaus, die auf eine Schädigung der Herzmuskelzellen hindeuten. Herzspezifische Enzyme sind Bestandteile der Herzmuskelzelle. Stirbt ein Teil des Herzmuskels bei einem Herzinfarkt ab, so werden diese Enzyme in die Blutbahn freigesetzt und können dann im Rahmen einer Blutentnahme im Labor gemessen werden.
- Funktionseinschränkung des Herzens
Die Funktionseinschränkung des Herzens ist eine Verringerung der Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) des Herzens aufgrund des Herzinfarkts. Die Auswurfleistung ist die Blutmenge, die das Herz beim Zusammenziehen pumpt.

4 Vorliegen eines Schlaganfalls (Apoplektischer Insult)

Ein Schlaganfall ist ein plötzliches Ereignis mit Störung der Durchblutung im Gehirn, das zum Absterben von Hirngewebe führt.

Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Ursache: Gefäßverschluss oder Gehirnblutung
Der Schlaganfall wurde durch einen neu aufgetretenen Gefäßverschluss oder eine neu aufgetretene Gehirnblutung verursacht.
- Bleibender Funktionsausfall
Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften neurologischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird und dauerhaft, also nicht nur vorübergehend, sondern voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren bestehen. Die Beurteilung, ob die Bedingung des bleibenden Funktionsausfalls erfüllt ist, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

5 Vorliegen eines Hörverlusts

Hörverlust liegt vor, wenn die versicherte Person die Hörfähigkeit beider Ohren verloren hat und der Hörverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z.B. Hörgerät) gebessert werden kann. Der Hörverlust für gesprochene Wörter (Frequenzbereich 0,5 bis 3,0 Kilohertz) muss auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel betragen.

6 Vorliegen einer Erblindung

Erblindung liegt vor, wenn

- die versicherte Person die Sehfähigkeit beider Augen vollständig verloren hat und der Sehverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z.B. Brille oder Kontaktlinsen) gebessert werden kann oder
- die Sehschärfe bzw. der Visus der versicherten Person nicht mehr als 0,05 beträgt oder
- das Gesichtsfeld der versicherten Person für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt ist.



7 Vorliegen von Rollstuhlbedarf

Rollstuhlbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen oder dies bereits sechs Monate ununterbrochen gewesen ist.

8 Wartezeit bei einer Krebserkrankung

Ein Anspruch auf Zahlung der Versicherungsleistung bei einer Krebserkrankung besteht nicht, wenn

- Symptome einer Krebserkrankung innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn des Plus-Pakets zur Berufsunfähigkeits-Versicherung auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn des Plus-Pakets zur Berufsunfähigkeits-Versicherung erfolgt.

Wenn eine erneute Risikoprüfung aufgrund einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Versicherungsvertrags, einer Wiederinkraftsetzung oder einer Wiederanhebung vorgenommen wird, beginnt die Wartezeit von sechs Monaten neu zu laufen. Der Neubeginn der Wartezeit gilt nur bezüglich des geänderten, wieder in Kraft gesetzten oder wiederangehobenen Teiles des Versicherungsschutzes und beginnt mit der Änderung, Wiederinkraftsetzung oder Wiederanhebung.

C. Leistung wegen Krebs Plus für Kinder

1 Einmalzahlung

1.1 Wir zahlen einen Betrag in Höhe von sechs versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, höchstens jedoch 6.000 Euro, wenn ein Kind der versicherten Person während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung im Sinne dieser Bedingungen nach Abschnitt B Nummern 2 bis 7

- an Krebs erkrankt,
- einen Herzinfarkt, einen Schlaganfall oder einen Hörverlust erleidet,
- erblindet oder
- auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

Kinder im Sinne von Nummer 1 sind kindergeldberechtigte Kinder der versicherten Person bis zum vollendeten 25. Lebensjahr.

Die Einmalzahlung kann während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung für das jeweilige Kind der versicherten Person nur einmal beansprucht werden.

1.2 Wartezeit bei einer Krebserkrankung

Ein Anspruch auf Einmalzahlung bei einer Krebserkrankung eines Kindes der versicherten Person besteht nicht, wenn

- Symptome einer Krebserkrankung bei Vertragsabschluss aufgetreten sind oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn des Plus-Pakets zur Berufsunfähigkeits-Versicherung auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs bei Vertragsabschluss erfolgt ist oder innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn des Plus-Pakets zur Berufsunfähigkeits-Versicherung erfolgt.

Wenn eine erneute Risikoprüfung der versicherten Person aufgrund einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung des Versicherungsvertrags, einer Wiederinkraftsetzung oder einer Wiederanhebung vorgenommen wird, beginnt die Wartezeit von sechs Monaten neu zu laufen. Der Neubeginn der Wartezeit gilt nur bezüglich des geänderten, wieder in Kraft gesetzten oder wiederangehobenen Teiles des Versicherungsschutzes und beginnt mit der Änderung, Wiederinkraftsetzung oder Wiederanhebung.

1.3 Wird eine Einmalzahlung verlangt, haben Sie uns ein Zeugnis eines Facharztes einschließlich Befunden und – falls vorhanden – Krankenhausberichte vorzulegen. Aus diesen Unterlagen muss hervorgehen, dass ein Kind der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen

- an Krebs erkrankt ist,
- einen Herzinfarkt, Schlaganfall oder Hörverlust erlitten hat,
- erblindet ist oder
- auf einen Rollstuhl angewiesen ist.

Bei Vorliegen eines Herzinfarkts muss die Funktionseinschränkung des Herzens anhand einer Echokardiographie, Szintigraphie oder einer anderen medizinisch gleichwertigen Methode nachgewiesen werden.

Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm (CT), ein Kernspintomogramm (MRT) oder ein anderes gleichwertiges bildgebendes Verfahren nachgewiesen werden.

Darüber hinaus haben Sie uns das Bestehen der Kindergeldberechtigung sowie das Alter des Kindes zum Zeitpunkt der fachärztlich bescheinigten Diagnose nachzuweisen.

Entstehende Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

2 Einmalzahlung bei Unfall

Wir zahlen einen Betrag in Höhe von sechs versicherten monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, höchstens jedoch 6.000 Euro, wenn ein Kind der versicherten Person während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung einen Unfall erleidet, der einen mindestens 14-tägigen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt dieses Kindes erfordert.

Ein Unfall liegt vor, wenn ein Kind der versicherten Person durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Kinder im Sinne von Nummer 2 sind kindergeldberechtigte Kinder der versicherten Person bis zum vollendeten 18. Lebensjahr.

Die Einmalzahlung bei Unfall kann während der vertraglichen Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung für das jeweilige Kind der versicherten Person nur einmal beansprucht werden.

Wird eine Einmalzahlung bei Unfall verlangt, haben Sie uns Unterlagen vorzulegen, aus denen hervorgeht, dass das Kind der versicherten Person einen Unfall erlitten hat, der einen mindestens 14-tägigen ununterbrochenen Krankenhausaufenthalt dieses Kindes erfordert hat. Darüber hinaus haben Sie uns das Bestehen der Kindergeldberechtigung sowie das Alter des Kindes zum Zeitpunkt des Unfalls nachzuweisen.

Entstehende Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.



D. Risikoversicherungs-Option

Versicherungsleistungen

Sie können ohne erneute Gesundheitsprüfung ergänzend zur Berufsunfähigkeits-Versicherung mit noch laufender Beitragszahlung einmalig eine Risikoversicherung bei der Continentale Lebensversicherung AG abschließen.

Voraussetzung für den Abschluss der Risikoversicherung ist

- der Erwerb einer Immobilie durch die versicherte Person, die sie selbst bewohnt oder
- die Geburt eines Kindes der versicherten Person oder
- die Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person.

Dies haben Sie uns durch Vorlage geeigneter Urkunden nachzuweisen (z.B. Kaufvertrag, Grundbuchauszug, Geburtsurkunde, Adoptionsurkunde). Der Abschluss der Risikoversicherung ist dann innerhalb von sechs Monaten nach Erwerb der selbst bewohnten Immobilie, der Geburt oder der Adoption eines Kindes möglich.

Die Todesfall-Leistung der Risikoversicherung, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, darf höchstens das Zehnfache der versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrente, jedoch nicht mehr als 300.000 Euro, betragen.

Der Abschluss der Risikoversicherung erfolgt zu den dann gültigen Rechnungsgrundlagen, nach dem dann gültigen Tarif mit den zugehörigen Allgemeinen, Besonderen oder Ergänzenden Bedingungen und Tarifierungsmerkmalen (z.B. Rauchverhalten, Beruf). Sofern die Allgemeinen, Besonderen oder Ergänzenden Bedingungen für die Risikoversicherung eine Dynamik der Risikoversicherung, eine Verlängerung der Risikoversicherung oder ein Recht zur Nachversicherung vorsehen, sind diese ausgeschlossen.

Versicherte Person der Risikoversicherung ist die versicherte Person der Berufsunfähigkeits-Versicherung.

Die Rechtsfolgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bei Abschluss der Berufsunfähigkeits-Versicherung können sich auch auf die Risikoversicherung erstrecken. Für die Risikoversicherung beginnen die Fristen für die Ausübung unserer Rechte wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht mit Abschluss der Risikoversicherung erneut zu laufen.

Das Recht auf Abschluss der Risikoversicherung erlischt,

- wenn seit dem Versicherungsbeginn der Berufsunfähigkeits-Versicherung 15 Jahre vergangen sind oder
- wenn die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat oder
- sobald erstmals Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden oder der Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) eingetreten ist.

E. Vereinbarungen und Gültigkeit anderer Bedingungen

Für das Plus-Paket besteht kein separates Kündigungsrecht.

Soweit in den Abschnitten A bis D nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen, auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit, für die Leistungen wegen Krebs Plus und Krebs Plus für Kinder und für die Risikoversicherung, sinngemäß Anwendung. Für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und für die Leistungen wegen Krebs Plus und Krebs Plus für Kinder gilt dies insbesondere für die Abschnitte D und E der Allgemeinen Bedingungen.

Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit gelten entsprechend auch für die Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit und für die Leistungen wegen Krebs Plus und für die Risikoversicherung. Informationen hierzu können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.



VI. Besondere Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

(Fassung 8/2019)

1 Vorläufiger Versicherungsschutz

1.1 Wir zahlen die beantragte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, höchstens jedoch eine jährliche Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente von 12.000 Euro, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus sowie sonstiger eingeschlossener Rentenleistungen wie z.B. die lebenslange Pflegerente, wenn die versicherte Person während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes einen Unfall erleidet, uns der Unfall innerhalb von drei Monaten angezeigt wird und dadurch Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit nach Maßgabe des Abschnitts B Nummer 1 der Allgemeinen Bedingungen eintritt. Die Begrenzung der Höhe der jährlichen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente auf 12.000 Euro, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus sowie sonstiger eingeschlossener Rentenleistungen wie z.B. die lebenslange Pflegerente, gilt, wenn bei uns für die versicherte Person mehrere Anträge auf Abschluss von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Versicherungen betroffen sind, für alle Anträge zusammen.

1.2 Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.3 Wir leisten ab dem nächsten Monatsersten nach Eintritt der unfallbedingten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit, frühestens ab dem beantragten Versicherungsbeginn.

2 Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- Ihr Antrag nicht von dem von uns angebotenen Tarif mit den dazugehörigen Tarifierungsmerkmalen und Annahmerichtlinien und seinen Bedingungen abweicht;
- Sie das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- Sie und die versicherte Person ihren Wohnsitz in Deutschland oder Österreich haben.

3 Beginn und Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes

3.1 Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem auf den Eingang Ihres Antrags bei uns folgenden Tag, frühestens jedoch zwei Monate vor dem beantragten Versicherungsbeginn.

3.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- Sie einem von uns angebotenen, vom Antrag abweichenden Versicherungsschutz widersprechen;
- wir Ihren Antrag abgelehnt haben. In diesem Fall werden wir den vorläufigen Versicherungsschutz kündigen;
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch gemacht oder Sie Ihren Antrag zurückgenommen haben;
- der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung nicht rechtzeitig gezahlt wurde bzw. der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

3.3 Bei unfallbedingter Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit erbringen wir solange Leistungen, wie die unfallbedingte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit andauert, längstens jedoch bis zum Ablauf der vorgesehenen Leistungsdauer.

4 Ausschlüsse vom vorläufigen Versicherungsschutz

4.1 Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt wurde und von denen die versicherte Person bei Unterzeichnung Kenntnis hatte. Dies gilt auch, wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls lediglich mitursächlich geworden sind.

4.2 Sofern eine unfallbedingte Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit nach Maßgabe des Abschnitts B Nummer 3 der Allgemeinen Bedingungen eintritt, besteht kein Versicherungsschutz.

5 Kosten des vorläufigen Versicherungsschutzes

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen Beitrag. Erbringen wir Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Jahresbeitrag für das erste Versicherungsjahr der beantragten Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

6 Verhältnis zum beantragten Versicherungsvertrag und Leistungsempfänger

6.1 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen Anwendung.

6.2 Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

6.3 Bei Direktversicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung entfällt der vorläufige Versicherungsschutz aufgrund gesetzlicher Rahmenbedingungen.



VII. Besondere Bedingungen für die Dynamik zur Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Versicherung

(Fassung 1/2022)

1 Der Maßstab für die planmäßige Erhöhung der Beiträge

1.1 Der vereinbarte laufende Beitrag für diesen Versicherungsvertrag erhöht sich nach der getroffenen Vereinbarung, die im Versicherungsschein dokumentiert ist.

Basis für die jeweilige Erhöhung ist der jeweils vor der Erhöhung geltende Beitrag.

1.2 Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. Die jeweilige Erhöhung der Versicherungsleistungen ist abhängig vom Alter der versicherten Person sowie der restlichen Versicherungs- und Leistungsdauer und wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Die Erhöhung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Ihr werden der gleiche Tarif – mit den für ihn gültigen Tarifbestimmungen, den Rechnungsgrundlagen und den zugehörigen Allgemeinen, Besonderen oder Ergänzenden Bedingungen – und alle sonstigen geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

2 Der Zeitpunkt der Erhöhung von Beiträgen und Versicherungsleistungen

2.1 Die Erhöhung des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgt nach der getroffenen Vereinbarung, die im Versicherungsschein dokumentiert ist.

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

2.3 Erhöhungen finden bis fünf Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer statt. Die letzte Erhöhung erfolgt, wenn mit der Erhöhung die versicherte Jahresrente von 90.000 Euro, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, überschritten wird. Bei vorzeitig beitragsfrei gestellten Versicherungsverträgen findet keine weitere Erhöhung statt.

3 Sonstige Bestimmungen für die Erhöhung

3.1 Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen, Besonderen oder Ergänzenden Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung.

3.2 Das in den Allgemeinen Bedingungen beschriebene Verfahren zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten gilt auch für die Erhöhung, wobei jeder Erhöhungsteil hinsichtlich der Abschluss- und Vertriebskosten wie ein eigenständiger Versicherungsvertrag behandelt wird.

3.3 Die Fristen des Abschnitts E der Allgemeinen Bedingungen bezüglich der Verletzung der Anzeigepflicht beginnen durch die Erhöhung jedoch nicht neu zu laufen.

4 Aussetzen von Erhöhungen

4.1 Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin in Textform widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

4.2 Sie können beliebig oft ohne Angabe von Gründen auf Erhöhungen verzichten.

Ihr Recht auf weitere Erhöhungen bleibt weiterhin bestehen, sofern Sie nicht generell hierauf verzichten. Der generelle Verzicht auf weitere Erhöhungen ist uns in Textform mitzuteilen.

4.3 Das Recht auf Erhöhungen ohne erneute Risikoprüfung erlischt, sobald erstmals Leistungen wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit beantragt werden oder der Versicherungsfall eingetreten ist.



VIII. Spezielle Klauseln

1 Umtausch in eine Basisrentenversicherung

Sie haben die Möglichkeit Ihre bestehende Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Versicherung mit noch laufender Beitragszahlung in eine Basisrentenversicherung der Continentale Lebensversicherung AG in Verbindung mit einer entsprechenden Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ bzw. EUZ) umzutauschen.

Ausgangstarif	Zieltarif ¹
PBU PBUS ²	Basisrentenversicherung mit BUZ oder EUZ
PEU PEUS	Basisrentenversicherung mit EUZ

- 1 Sofern wir eine entsprechende verkaufsoffene Versicherung anbieten.
- 2 Bei Schülern erst nach erstmaliger Aufnahme einer Berufsausbildung, eines Studiums oder einer beruflichen Tätigkeit möglich.

Bei einem Umtausch wird der bestehende Versicherungsvertrag beendet und ein neuer Basisrentenversicherungsvertrag vereinbart.

Für diesen Umtausch ist keine Gesundheitsprüfung erforderlich, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- in Ihrem neuen Versicherungsvertrag wird keine höhere Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrente, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, als in Ihrem bisherigen Versicherungsvertrag versichert (ohne Starter-Bonus eines gegebenenfalls eingeschlossenen Karriere-Pakets),
- der neue Beitrag (ohne Berücksichtigung der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen) beträgt maximal 3.000 Euro jährlich,
- die versicherte Person darf zum Zeitpunkt des Umtauschs kein Schüler sein,
- die versicherte Person ist zum Zeitpunkt des Umtauschs nicht älter als 50 Jahre,
- die Versicherungs- und Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung geht nicht über die Restdauer des bisherigen Versicherungsvertrags hinaus,
- wenn in Ihrem bisherigen Versicherungsvertrag eine Dynamik vereinbart war, können Sie in dem neuen Versicherungsvertrag ebenso eine Dynamik – in Höhe von maximal 5 Prozent – vereinbaren,
- es sind keine Leistungen wegen Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeit beantragt worden und der Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten und
- in Ihrem bisherigen Versicherungsvertrag sind weder Risikozuschläge aus gesundheitlichen Gründen noch Leistungsausschlüsse vereinbart.

Falls diese Voraussetzungen nicht erfüllt sind, ist Ihr Umtauschrecht von einer erneuten Gesundheitsprüfung abhängig.

Der Umtausch erfolgt zu den dann gültigen Tarifbestimmungen, Rechnungsgrundlagen und zugehörigen Allgemeinen, Besonderen und Ergänzenden Bedingungen – und allen sonstigen geltenden Vereinbarungen (sofern in der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung möglich). Die individuelle Risikoeinstufung der versicherten Person erfolgt unter Berücksichtigung der im bisherigen Versicherungsvertrag vereinbarten Merkmale – unter Berücksichtigung der dann gültigen Tarifbestimmungen.

Wenn Fragen, die wir vor Vertragsabschluss in Textform gestellt haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet wurden (vorvertragliche Anzeigepflicht), gelten die Regelungen nach Abschnitt E der Allgemeinen Bedingungen auch für die Basisrentenversicherung mit Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen.

Im neuen Basisrentenversicherungsvertrag gilt für Ihr Recht auf Nachversicherung und Erhöhung (siehe Abschnitt H der Allgemeinen Bedingungen) zusätzlich zu den bedingungsgemäßen Bestimmungen, dass der jährliche Beitrag (ohne Berücksichtigung der Berufsunfähigkeits- bzw. Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherungen) nach einer Nachversicherung / Erhöhung 3.000 Euro nicht überschreiten darf. Des Weiteren gilt bei Wiederinkraftsetzung abweichend von den bedingungsgemäßen Bestimmungen im neuen Basisrentenversicherungsvertrag, dass nach vorzeitiger Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt G der Allgemeinen Bedingungen) eine Wiederinkraftsetzung nur mit der Beitragshöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, erfolgen kann.

Wenn uns Ihr Antrag für die Basisrentenversicherung bis zum 20. eines Monats zugegangen ist, erfolgt der Umtausch zum darauf folgenden Monatsersten.

2 Ergänzende Erläuterung zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit bei Studenten

Bei Studenten liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist oder voraussichtlich sechs Monate außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium so, wie es ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, fortzusetzen.

3 Ergänzende Erläuterung zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

Bei Auszubildenden liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist oder voraussichtlich sechs Monate außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Berufsausbildung so, wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, fortzusetzen. Berufsausbildung ist ein berufliches Ausbildungsverhältnis im Sinne des Berufsbildungsgesetzes.

4 Ergänzende Erläuterung zum Vorliegen von Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen und Hausmännern

Bei Hausfrauen und Hausmännern liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist oder voraussichtlich sechs Monate außerstande sein wird, ihre im heimischen Haushalt konkret wahrgenommenen Aufgaben und ausgeübten Tätigkeiten so, wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet waren, weiterhin wahrzunehmen und auszuüben.

5 Infektionsklausel

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn der versicherten Person zur Verhinderung der Weiterverbreitung einer Infektion die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wegen Krankheit, Krankheitsverdachts, Ansteckungsverdachts oder Ausscheidens durch Verfügung der zuständigen Behörde vollständig untersagt wird (z. B. nach § 31 des deutschen Infektionsschutzgesetzes). Die Untersagung muss sich auf einen Zeitraum von mehr als sechs Monaten erstrecken.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum eine andere berufliche Tätigkeit konkret ausgeübt hat oder ausübt, die hinsichtlich

- ihrer Ausbildung und Erfahrung,
- der sozialen Wertschätzung und
- des Einkommens



mit der Lebensstellung vergleichbar ist, die durch die berufliche Tätigkeit geprägt war, die auszuüben der versicherten Person behördlich untersagt wird.

6 Finanzielle Angemessenheitsprüfung

Bei Erhöhungen von Versicherungsverträgen mit laufender Beitragszahlung erfolgt – auch im Rahmen der Nachversicherungsgarantie – eine finanzielle Angemessenheitsprüfung.

Berufsunfähigkeitsrente

Die finanzielle Angemessenheitsprüfung erfolgt bei einer Berufsunfähigkeitsrente von mehr als 1.000 Euro, gegebenenfalls inklusive Sofortbonus, monatlich.

Der jährliche Anspruch der versicherten Person auf Berufsunfähigkeitsrente darf folgende Obergrenzen nicht überschreiten:

Arbeitnehmer

- 85 % des Jahres-Nettoarbeitseinkommens bis 50.000 Euro p. a. und zusätzlich
- 60 % des über 50.000 Euro p. a. hinausgehenden Jahres-Nettoarbeitseinkommens

betriebliche Altersversorgung

- 75 % des Jahres-Bruttoarbeitseinkommens

Selbstständige

- 65 % des Gewinns / Jahresüberschusses vor Steuern bis 50.000 Euro p. a. und zusätzlich
- 40 % des über 50.000 Euro p. a. hinausgehenden Gewinns / Jahresüberschusses vor Steuern

Bei einer vereinbarten Dynamik um einen gleichbleibenden Satz von 3 %, 4 % oder 5 % gilt:

- 50 % des Gewinns / Jahresüberschusses vor Steuern bis 50.000 Euro p. a. und zusätzlich
- 35 % des über 50.000 Euro p. a. hinausgehenden Gewinns / Jahresüberschusses vor Steuern

Abweichende Regelung für Versicherungsverträge mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz – bei juristischen Personen mit Geschäftssitz – in Österreich:

Arbeitnehmer

- 60 % des Jahres-Nettoarbeitseinkommens

betriebliche Altersversorgung

- 75 % des Jahres-Bruttoarbeitseinkommens

Selbstständige

- 60 % des Gewinns / Jahresüberschusses vor Steuern bis 40.000 Euro p. a. und zusätzlich
- 40 % des über 40.000 Euro p. a. hinausgehenden Gewinns / Jahresüberschusses vor Steuern

Bei der Prüfung der finanziellen Angemessenheit werden bestehende und beantragte Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits-, Dienstunfähigkeits- und Grundfähigkeitsabsicherungen der versicherten Person (private und betriebliche Leistungen, auch bei anderen Gesellschaften oder Versorgungsträgern) sowie Anwartschaften aus Beamten- oder beamtenähnlichen Verhältnissen berücksichtigt.

Bei einer jährlichen Gesamtrente (inkl. bereits bestehender Absicherungen) von mehr als 36.000 Euro werden auch Anwartschaften aus beruflichen Versorgungswerken zu 50 Prozent berücksichtigt.

Absicherungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung werden nicht berücksichtigt.

7 Bezugsberechtigter

Bei der Festlegung des Bezugsberechtigten für die Versicherungsleistungen gelten für folgende Tarife Einschränkungen:

- Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU und PBUS
- Erwerbsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PEU und PEUS
- Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach den Tarifen PBUZB und PBUZR
- Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung nach den Tarifen PEUZB und PEUZR

Als Bezugsberechtigte für die genannten Tarife können folgende Personen festgelegt werden:

1. die versicherte Person
2. Personen, die nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 und Absatz 2 Versicherungsteuergesetz (VersStG) i.V.m. § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) und § 15 Abgabenordnung (AO) in einem persönlichen bzw. rechtlichen Verhältnis zur versicherten Person stehen.
Diese sind zum Beispiel:
 - Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
 - Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Lebensgemeinschaft
 - Elternteil oder Kind einschließlich Adoptivelternteil oder Adoptivkind
 - Geschwister

Diese Einschränkungen, welche wir aufgrund einer Änderung des § 4 VersStG vorgenommen haben, gelten ab 01.01.2022 bei Vertragsabschluss sowie während der gesamten Vertragslaufzeit und nur für Versicherungsnehmer, die in Deutschland steuerlich ansässig sind.

Tarife, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung – inklusive Rückdeckungsversicherungen zu Unterstützungskassen und Pensionszusagen – abgeschlossen werden, sowie Tarife der Basisversorgung sind von dieser Einschränkung nicht betroffen.

Stand: 01/2022

Den jeweils aktuellen Stand können Sie auf unserer Internetseite www.continentale.de einsehen. Mögliche Bezugsberechtigte teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.



IX. Überschussbeteiligung und Kosten

A. Überschussbeteiligung

Der Tarif PBU gehört zum Tarifwerk 202201.

Einzelheiten zur Beteiligung an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven sind im Abschnitt Überschussbeteiligung der Bedingungen geregelt. Die zurzeit geltenden Überschuss-Sätze können Sie Ihrem Versorgungsvorschlag entnehmen.

B. Kosten

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie den vorvertraglichen Informationen entnehmen.

Die aktuellen sonstigen Kosten zum Stand 1/2022 entnehmen Sie bitte der Gebührenübersicht.

Gebührenübersicht (Stand 1/2022)	Betrag	Erhebung
Ausstellung eines Ersatzversicherungsscheins*	20 EUR	derzeit nicht
Schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen / Mahnverfahren	3 EUR	derzeit nicht
Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren*	3 EUR	derzeit nicht
Bearbeitung von Zahlungsrückständen*	20 EUR	derzeit nicht
Bearbeitung von Abtretung und Verpfändung an nicht gewerbliche Dritte*	25 EUR	derzeit nicht
Bearbeitung von Abtretung und Verpfändung an gewerbliche Gebrauchtpolicenändler*	150 EUR	derzeit nicht
Durchführung von Vertragsänderungen (z.B. Laufzeitänderung)* – mit Ausnahme von vertraglich vereinbarten Optionen	40 EUR	derzeit nicht
Beitragsübermittlung durch Sie aus einem Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums oder Leistungsübermittlung durch uns an einen Ort außerhalb des SEPA-Zahlungsraums*	35 EUR	derzeit nicht
Adress-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung*	10 EUR	derzeit nicht
Nichtteilnahme am Lastschriftverfahren (pro Fälligkeit)*	2,50 EUR	derzeit nicht
Erstellung von zusätzlichen Auskünften, die über die gesetzlichen Informationspflichten hinausgehen (z.B. Kostenaufstellung, historische Fondsübersicht, Hochrechnungen / Wertverläufe)*	100 EUR	ja

* Nicht bei den Tarifen BRI, BRC, BRCP, BRCP100, BRCB, RRG, RRGIG, BRIG und BRIG100. Die gesetzliche Grundlage für die Erhebung von Mahngebühren ergibt sich aus §§ 280, 286 Bürgerliches Gesetzbuch.



X. Steuerregelungen

(Stand 10/2021)

Die folgenden Informationen geben einen grundsätzlichen Überblick zur steuerlichen Behandlung von neu abgeschlossenen Lebensversicherungen nach deutschem Steuerrecht. Sie erfolgen mit aller Sorgfalt, aber ohne Gewähr für Richtigkeit und Vollständigkeit. Auskunft zu speziellen Steuerfragen können Ihnen Steuerberater und Finanzbehörden geben.

A. Private Berufsunfähigkeits-Versicherung nach Tarif PBU

1 Einkommensteuer

1.1 Beiträge

Beiträge zu dieser Berufsunfähigkeitsversicherung sind bei der Einkommensteuer nach § 10 Absatz 1 Nummer 3a Einkommensteuergesetz (EStG) im Rahmen der Höchstbeträge als sonstige Vorsorgeaufwendungen abzugsfähig.

1.2 Rentenleistungen

Renten aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung (außer der Pflegerente), deren Beiträge aus versteuertem Einkommen gezahlt wurden, sind einkommensteuerpflichtig. Als zeitlich begrenzte Leibrenten sind sie mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nummer 1 Satz 3 Buchstabe a Doppelbuchstabe bb Satz 5 EStG in Verbindung mit § 55 Absatz 2 Einkommensteuer-Durchführungsverordnung (EStDV) zu versteuern.

Der Ertragsanteil ist abhängig von der Laufzeit der Rente ab Beginn des Rentenbezugs bis zum vereinbarten Ende der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeits-Versicherung. Der Ertragsanteil kann der Tabelle des § 55 Absatz 2 EStDV entnommen werden.

Die nachfolgende Tabelle zeigt beispielhaft die Ertragsanteile bei verschiedenen Rentenlaufzeiten.

Rentenlaufzeit in Jahren ab Beginn des Rentenbezugs bis zum vereinbarten Leistungsende	Ertragsanteil der gezahlten Rente
5	5 %
10	12 %
15	16 %
20	21 %
25	26 %
30	30 %

Pflegerenten aus einem ggf. eingeschlossenem Pflege-Paket sind einkommensteuerfrei.

1.3 Einmalige Leistungen

Die folgenden einmaligen Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung - sofern vereinbart - sind grundsätzlich einkommensteuerfrei:

- die Zahlung eines Sofortkapitals,
- die Beteiligung an den Umgestaltungskosten,
- die Zahlung einer Wiedereingliederungshilfe,
- die Zahlung einer Rehabilitationshilfe,
- die Zahlung eines Pflege-Sofortkapitals,
- die Zahlung einer Leistung wegen Krebs-Plus für Kinder
- die Leistungen aus dem Überschuss-System
Verzinsliche Ansammlung.

1.4 Rentenbezugsmitteilung

Bei laufenden einkommensteuerpflichtigen Rentenleistungen sind wir verpflichtet, diese jährlich an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle zu melden (Rentenbezugsmitteilung nach § 22a Absatz 1 EStG).

1.5 Einkommensteuer, Solidaritätszuschlag, Kirchensteuer

Falls aus diesem Vertrag einkommensteuerpflichtige Leistungen erfolgen, muss der Steuerpflichtige eine Einkommensteuererklärung abgeben. Die zu entrichtende Steuer inklusive Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer wird dann vom Finanzamt individuell ermittelt.

2 Vermögensteuer

Eine Vermögensteuer wird nicht erhoben.

3 Versicherungsteuer

Wenn Sie in Deutschland steuerlich ansässig sind, kann für die Beiträge der Berufsunfähigkeits-Versicherung Versicherungsteuer anfallen. Die Versicherungsteuer beträgt 19 Prozent dieser Beiträge.

Die Besteuerung ist abhängig davon, wem die Versicherungsleistung aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung zustehen soll.

Von der Versicherungsteuer ausgenommen sind gemäß § 4 Nummer 5 Buchstabe b VersStG 2021 Beiträge für eine Berufsunfähigkeits-Versicherung, wenn für die Leistungen als Bezugsberechtigter die versicherte Person oder ein Angehöriger im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder § 15 der Abgabenordnung der versicherten Person benannt wird.

Angehörige im Sinne § 7 Pflegezeitgesetz oder § 15 Abgabenordnung sind unter anderem

- Ehegatte oder Lebenspartner im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes
- Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Lebensgemeinschaft
- (Schwieger-)Elternteil und (Schwieger-)Kind
- Adoptivelternteil oder Adoptivkind
- Stiefelternteil oder Stiefkind
- Pflegeelternteil oder Pflegekind
- (Ur-/Stief-/Schwieger-)Großelternteil oder (Ur-/Stief-/Schwieger-)Enkelkind
- Geschwister
- Onkel oder Tante bzw. Nefte oder Nichte
- Schwager oder Schwägerin

Von der Versicherungsteuer ausgenommen sind ebenso Beiträge für Berufsunfähigkeits-Versicherungen, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung – inklusive Rückdeckungsversicherungen zu Unterstützungskassen und Pensionszusagen – abgeschlossen werden.

B. Die Berufsunfähigkeits-Versicherung als Direktversicherung nach Tarif PBU

1 Einkommensteuer

1.1 Beiträge

Beiträge zur Direktversicherung sind beim Arbeitgeber als Betriebsausgaben abzugsfähig. Beiträge, die ein inländischer Arbeitgeber zu einer Direktversicherung entrichtet, unterliegen grundsätzlich der Lohnsteuer. Im Rahmen des § 3 Nummer 63 EStG sind die Beiträge aber steuerfrei, wenn

- die Direktversicherung im Rahmen des ersten Dienstverhältnisses abgeschlossen wurde,
- die Berufsunfähigkeitsrente mindestens auf das Endalter 62 Jahre abgeschlossen wird,



- pro Jahr maximal bis zu 8 Prozent der im jeweiligen Kalenderjahr gültigen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung (West) – im Jahr 2022 voraussichtlich bis zu 6.768 Euro – aufgewendet werden; bei Arbeitgeberwechsel kann diese Grenze ausgeschöpft werden. Der Höchstbetrag vermindert sich um Zuwendungen, die für den Arbeitnehmer für Direktversicherungen mit Pauschalbesteuerung nach § 40b EStG aufgewendet werden.

Für Beiträge oberhalb der Höchstgrenzen kann die Steuerfreiheit nach § 3 Nummer 63 EStG nicht in Anspruch genommen werden, diese sind grundsätzlich individuell zu versteuern.

1.2 Leistungen an den Arbeitgeber

Leistungen aus Direktversicherungen sind als Betriebseinnahmen zu erfassen, soweit sie dem Arbeitgeber zustehen.

1.3 Leistungen an den Arbeitnehmer

Beim Arbeitnehmer werden Berufsunfähigkeits-Renten aus Direktversicherungen voll nachgelagert besteuert, wenn die Beiträge steuerfrei waren. Wurden die Beiträge aus versteuertem Einkommen geleistet, sind die Renten als zeitlich begrenzte Leibrenten mit dem Ertragsanteil zu versteuern (siehe Abschnitt A Nummer 1.2).

1.4 Rentenbezugsmitteilung

Sämtliche einkommensteuerpflichtige Leistungen werden an die Deutsche Rentenversicherung Bund als zentrale Stelle gemeldet (Rentenbezugsmitteilung nach § 22a Absatz 1 EStG).

1.5 Einkommensteuer, Solidaritätszuschlag, Kirchensteuer

Falls aus diesem Vertrag einkommensteuerpflichtige Leistungen erfolgen, muss der Steuerpflichtige eine Einkommensteuererklärung abgeben. Die zu entrichtende Steuer inklusive Solidaritätszuschlag und gegebenenfalls Kirchensteuer wird dann vom Finanzamt individuell ermittelt.

2 Vermögensteuer

Eine Vermögensteuer wird nicht erhoben

3 Versicherungsteuer

Beiträge zu Versicherungen, die im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen werden, sind nach § 4 Absatz 1 Nummer 5 Versicherungsteuergesetz (VersStG 2021) i.V.m. § 1 Absatz 6 Versicherungsteuer-Durchführungsverordnung (VersStDV 2021) von der Versicherungsteuerpflicht befreit.



XI. Datenschutzhinweise

(Stand 10/2022)

1 Allgemeines

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

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

2 Verantwortlicher für die Datenverarbeitung / Kontakt zum Datenschutzbeauftragten

Continentale Lebensversicherung AG
 Baierbrunner Straße 31-33
 81379 München
 Telefon: 089 5153-0
 E-Mail: kundenservice-lv@continentale.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – unter der o.g. Anschrift oder per E-Mail unter datschutz@continentale.de.

3 Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

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

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der Continentale Lebensversicherung AG bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f) und/oder Art. 9 Abs. 2 lit. f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Identifizierung und kundenfreundlichen Ansprache,
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Aktualisierung von Adressdaten unserer Kunden und Interessenten,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, um missbräuchliche oder betrügerische Handlungen gegen uns oder ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes zu entdecken, aufzuklären oder zu verhindern,
- zum Abgleich von Sanktionslisten im Rahmen der Sanktions-Compliance,
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Produkten, Dienstleistungen und Prozessen,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit insgesamt.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesen Fällen die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Art. 6 Abs. 1 lit. c) DS-GVO.

Dies ist insbesondere erforderlich:

- aufgrund aufsichtsrechtlicher Vorgaben,
- aufgrund handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten,
- zur Erfüllung unserer Beratungspflicht.

Aufgrund gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben sind wir zudem zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und vermögensgefährdenden Straftaten sowie zur Erfüllung der Sanktions-Compliance verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen vorgenommen.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren, soweit Sie nicht bereits über diese Informationen verfügen (Art. 13 Abs. 4 DS-GVO) oder eine Information gesetzlich nicht erforderlich ist (Art. 13 Abs. 4 und 14 Abs. 5 DS-GVO).

4 Kategorien und Einzelne Stellen von Empfängern der personenbezogenen Daten

4.1 Spezialisierte Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Innerhalb unseres Versicherungsverbundes nehmen spezialisierte Unternehmen oder Bereiche bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die verbundenen Unternehmen zentral wahr.

Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unseres Verbundes besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftsdaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral oder dezentral durch ein oder mehrere Unternehmen des Verbundes verarbeitet werden. Die Unternehmen, die eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen, können Sie der Liste der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit im Anhang zu diesen Hinweisen entnehmen.



4.2 Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie jeweils aktuell unseren Datenschutzhinweisen unter www.continentale.de/datenschutz entnehmen.

4.3 Weitere Empfänger

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

4.4 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihres Versicherungsvertrags von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und – soweit erforderlich – Schaden- / Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen solche Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

4.5 Datenaustausch mit Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (z. B. zur Angabe von vorvertraglichen Versicherungsverläufen) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

4.6 Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Leistungsfall machen können, ist es möglich, dass wir Ihnen Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag vorlegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwer einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung unterstützen. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendigen Umfang. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verwendet. Über die Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) werden Sie durch uns unterrichtet.

4.7 Datenübermittlung an Auskunftsteien

Wir übermitteln die im Rahmen der Begründung dieses Vertragsverhältnisses erhobenen personenbezogenen Daten zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos an die infoscure Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden und vereinzelt an die Info Partner KG, Bahnhofplatz 18, 82110 Germering. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 lit. b) und Art. 6 Abs. 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Die Auskunftsteien verarbeiten die erhaltenen Daten und verwenden sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission

besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der oben genannten Auskunftsteien können Sie dem Informationsblatt der infoscure Consumer Data GmbH unter <https://finance.arvato.com/de/verbraucher/selbstauskunft.html> bzw. der „Information nach Artikel 14 DSGVO“ der Info Partner KG unter <https://www.info-partner.info/datenschutz/> entnehmen.

Wir übermitteln die im Rahmen der Begründung dieses Vertragsverhältnisses erhobenen personenbezogenen Daten zur Identitätsprüfung. Wir können anhand der von der SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden übermittelten Übereinstimmungsraten erkennen, ob eine Person unter der von ihr angegebenen Anschrift im Datenbestand der SCHUFA gespeichert ist.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Art. 6 Abs. 1 lit. b) und Art. 6 Abs. 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Art. 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Nähere Informationen zur Tätigkeit der SCHUFA können dem Informationsblatt nach Artikel 14 DS-GVO unter <https://www.schufa.de/de/datenschutz-dsgvo/> entnommen werden.

4.8 Adressaktualisierung

Zur Aktualisierung unserer Adressbestände erhalten wir Adressdaten auftragsbezogen von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. Erhalten wir zu Ihrer Person eine neue Anschrift, ändern wir Ihre Adressdaten bei uns entsprechend. Eine gesonderte Information zu derartigen Adressänderungen erfolgt nicht.

4.9 Bonitätsauskunft zur Wahrung berechtigter Interessen

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten wirtschaftlichen Interessen notwendig ist, fragen wir bei Bonitätsdienstleistern Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

5 Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln und Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich unter anderem nach unseren Annahmegrundsätzen, gesetzlichen und vertraglichen Regelungen sowie den vereinbarten Tarifen. Des Weiteren kommen versicherungsmathematische Kriterien und Kalkulationen je nach Entscheidung zur Anwendung.

Wenn beispielsweise im Zusammenhang mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrags eine Bonitätsprüfung erfolgt, entscheidet unser System in bestimmten Fällen aufgrund der erhaltenen Informationen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über Modalitäten zu der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Wir nutzen die automatisierte Entscheidung im Zusammenhang mit der Bonitätsprüfung, um uns und die Versichertengemeinschaft vor möglichen Zahlungsausfällen und deren Folgen zu schützen.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (z. B. zu Versicherungsumfang, Selbstbehaltsvereinbarungen, Prämienzahlung) sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltenen Informationen entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht sowie der Höhe der Leistungspflicht, Bonifikationen und Zusatzdienstleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf den zuvor beschriebenen Regeln.



Soweit wir eine vollautomatisierte Einzelfallentscheidung in den zuvor beschriebenen Fällen ohne menschliche Einflussnahme abschließend durchgeführt haben, werden Sie mit unserer Mitteilung der Entscheidung darauf hingewiesen. Sie haben das Recht, zum Beispiel über unsere Service-Hotline, weitere Informationen sowie eine Erklärung zu dieser Entscheidung zu erhalten und sie durch einen Mitarbeiter von uns überprüfen zu lassen. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Vollautomatisierte Einzelfallentscheidungen, die ein Mitarbeiter von uns für seine abschließende Entscheidung nur zu einem untergeordneten Teil berücksichtigt hat, sind ebenfalls nicht betroffen.

6 Datenübermittlung in ein Drittland

Zur Prüfung und Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtung im Versicherungsfall kann es erforderlich sein, im Einzelfall Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister weiterzugeben. Bei einem Versicherungsfall außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) kann es zu diesem Zweck erforderlich sein, dass wir oder unsere Dienstleister in Ihrem Interesse Ihre Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) geben müssen. Wir und unsere Dienstleister übermitteln Ihre Daten planmäßig nur, wenn diesem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln mit weiteren Garantieerklärungen) vorhanden sind, oder die Übermittlung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht.

7 Dauer der Speicherung Ihrer Daten

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

8 Betroffenenrechte

8.1 Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Herausgabe

Sie können uns gegenüber Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

8.2 Widerspruchsrecht

Sie haben uns gegenüber jederzeit das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen (Art. 21 Abs. 2 DS-GVO).

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie uns gegenüber dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen (Art. 21 Abs. 1 DS-GVO).

8.3 Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Postfach 606
91511 Ansbach
Telefon: 0981 53 1300
Telefax: 0981 53 98 1300
E-Mail: poststelle@lda.bayern.de

9 Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen, z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise inklusive der Liste der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen, sowie die Liste der Dienstleister der Continentale Lebensversicherung AG erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.



10 Anhang

10.1 Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen

Continentale Krankenversicherung a.G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Beschwerdebearbeitung, Qualitätsmanagement, Statistiken, Medizinischer Beratungsdienst, Revision, Compliance, Betriebsorganisation, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Empfang/Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Betrugsmanagement, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen, zentrale Datenverarbeitung
Continentale Sachversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
Continentale Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Sanktions-Compliance, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), Darlehensverwaltung, zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
Mannheimer Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsauskünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung

10.2 Liste der Dienstleister der Continentale Lebensversicherung AG

Für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung wird im Einzelfall geprüft, ob und wenn ja, welcher Dienstleister / Auftragnehmer beauftragt wird. Eine automatische Datenübermittlung an jeden der in der Liste genannten Dienstleister erfolgt nicht.

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags

Einzelne Stellen als Auftragnehmer und Kooperationspartner	Übertragene Aufgaben, Funktionen
Continentale Assekuranz Service; Österreich, 1010 Wien	Antrags-, Vertrags- und Leistungsbearbeitung (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)
AmTrust International	Ausfallversicherung für Immobiliendarlehen
Deutsche Post Adress GmbH & Co.KG	Adressaktualisierung
Medicals Direct Deutschland GmbH	Datenerhebung über Gesundheitszustand für die Risikoprüfung, Unterstützung vor Ort beim Leistungsantrag
Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG in München	Digitale Gesundheitsdatenabfrage
Pro Claims Solutions GmbH	Leistungsprüfung
Tele2 Telecommunication GmbH; Österreich, 1220 Wien	Datenaustausch ExtraNet mit Verband der Versicherungsunternehmen Österreichs (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)



Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist, und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig sind

Kategorien als Auftragnehmer und Kooperationspartner	Übertragene Aufgaben, Funktionen
Adressermittler	Adressprüfung
Akten- und Datenvernichter	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
Assisteure	Telefonservice, Durchführung und Vermittlung von Assistance-Leistungen
Auskunfteien und Bonitätsdienstleister	Wirtschaftsauskünfte, Identitäts- und Bonitätsprüfungen (SCHUFA, infoscore Consumer Data GmbH, Info Partner, CRIF Bürgel GmbH und andere)
Cloud-Dienstleister	Hosten von Servern / Web-Diensten
Gutachter, Sachverständige und Ärzte	Belegprüfung; Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen
Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Prozessführung
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen
Kreditinstitute	Einzug der Versicherungsprämien, Leistungs- und Schadensauszahlungen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung
Übersetzer	Übersetzung
Vermittler	Angebotserstellung, Antrags- und Risikovorprüfung; Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung; Leistungsbearbeitung



XII. Informationen zur Direktversicherung nach § 234l und § 234m Absatz 2 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) sowie § 3 VAG-Informationspflichtenverordnung

A. Bezeichnung des Altersversorgungssystems

Direktversicherung mit einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung nach Tarif PBU.

B. Name, Anschrift und Sitz der durchführenden Einrichtung sowie weitere Informationen

Die Versicherung wird bei der Continentale Lebensversicherung AG mit Sitz in München, Bundesrepublik Deutschland abgeschlossen. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (www.bafin.de).

Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit telefonisch unter 089/5153-400 oder per E-Mail: bav-vu@continentale.de zur Verfügung. Weitere Informationen finden Sie auf Seite 2.

C. Laufzeit des Versorgungsverhältnisses

Angaben zur Laufzeit des Versorgungsverhältnisses finden Sie in der Versorgungszusage; Informationen zur Laufzeit der Versicherung finden Sie im Versicherungsschein.

D. Leistungselemente des Altersversorgungssystems

Die Versicherungsleistungen bestehen im Falle der Berufsunfähigkeit nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen in der Zahlung einer garantierten Berufsunfähigkeitsrente sowie in der vollständigen Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Bei einer vorzeitigen Beitragsfreistellung der Direktversicherung, z.B. wegen Beendigung des Beschäftigungsverhältnisses, werden die garantierten Leistungen reduziert. Hinzukommen ggf. nicht garantierten Leistungen aus der Überschussbeteiligung. Weiterführende Informationen finden Sie in den Versicherungsbedingungen, welche Teil dieser Allgemeinen Vertragsinformationen sind.

E. Informationen zu Wahlmöglichkeiten

Die folgenden Wahlmöglichkeiten stehen dem Arbeitnehmer zur Verfügung:

- Nach dem Ausscheiden aus den Diensten des Arbeitgebers, wenn Versicherungsnehmerwechsel beantragt wurde: Fortführung der Versicherung, beitragsfrei oder mit eigenen Beiträgen

F. Garantielemente des Altersversorgungssystems

Wir garantieren im Falle der Berufsunfähigkeit nach Maßgabe der Versicherungsbedingungen die Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente sowie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.

G. Vertragsbedingungen des Altersvorsorgesystems

Informationen über Ihre Rechte und Pflichten finden Sie in den Versicherungsbedingungen, welche Teil dieser Allgemeinen Vertragsinformationen sind.

H. Mechanismen zum Schutz der erworbenen Anwartschaften

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 22.1 ff. VAG), der bei der Protektor Lebensversicherungs-AG, www.protektor-ag.de, errichtet ist. Die Continentale Lebensversicherung AG gehört dem Sicherungsfonds an.

Im Falle der Anordnung einer Bestandsübertragung auf den Sicherungsfonds durch die BaFin werden die Versicherungsverträge prinzipiell unverändert fortgesetzt. Ausnahmen hiervon sieht das Gesetz nur für den Fall vor, dass die finanziellen Mittel des Sicherungsfonds nicht ausreichen, um eine Sanierung des übertragenen Versicherungsbestands sicherzustellen. In diesem Fall setzt die BaFin die Verpflichtungen aus den Verträgen um bis zu 5% der vertraglich garantierten Leistungen herab (§ 22.2 Abs. 5 VAG).

Das Betriebsrentengesetz (BetrAVG) sieht zum Schutze der Arbeitnehmer eine Haftung des Arbeitgebers vor (§ 1 Abs. 1 Satz 3 BetrAVG), die nicht ausgeschlossen werden kann. Den Arbeitgeber trifft damit eine Nachschusspflicht, wenn die vom Versicherer versprochene Leistung hinter der von dem Arbeitgeber versprochenen Leistung zurückbleibt.

I. Informationen zu Modalitäten für die Übertragung von Anwartschaften im Falle der Beendigung des Arbeitsverhältnisses

Im Falle der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses kann der Arbeitnehmer eine Übertragung seiner bAV-Anwartschaft, also des vorhandenen Versorgungskapitals aus der Direktversicherung, auf den Versorgungsträger des neuen Arbeitgebers verlangen. Die Voraussetzungen für den Anspruch auf Übertragung sind in § 4 Abs. 3 BetrAVG geregelt. Alternativ kann eine Übertragung im Einvernehmen von ehemaligem und neuem Arbeitgeber sowie Arbeitnehmer erfolgen, § 4 Abs. 2 Nr. 2 BetrAVG.

Die Übertragung des Versorgungskapitals auf den neuen Versorgungsträger kann nach dem „Abkommen zur Übertragung zwischen den Durchführungswegen Direktversicherung, Pensionskasse oder Pensionsfonds bei Arbeitgeberwechsel“ erfolgen, dem die Continentale Lebensversicherung AG beigetreten ist. Der Antrag ist – innerhalb von 15 Monaten nach dem Ausscheiden – vom neuen Arbeitgeber mit Zustimmung des Versicherungsnehmers (ehemaliger Arbeitgeber oder Arbeitnehmer) und des Arbeitnehmers beim neuen Versorgungsträger zu stellen.

Weitere Informationen zum Übertragungsabkommen finden Sie auf der Website des Gesamtverbands der deutschen Versicherungswirtschaft (GDV): www.gdv.de/de/themen/news/so-kann-die-betriebliche-altersversorgung-nach-einem-arbeitgeberwechsel-fortgefuehrt-werden-21438

J. Steuerregelungen

Die Direktversicherung fördert der Gesetzgeber mit Vorteilen bei Steuer und Sozialversicherung. Grundlage für die steuerliche Förderung der Beiträge ist § 3 Nr.63 Einkommensteuergesetz (EStG). Danach können aus dem Gehalt lohnsteuerfrei in eine Direktversicherung umgewandelt werden: bis zu 8% der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung (West). Die späteren Leistungen – Renten oder Kapitalzahlung – müssen versteuert werden (sog. nachgelagerte Besteuerung). Beiträge zu einer Direktversicherung mit steuerlicher Förderung nach § 3 Nr. 63 EStG sind bis zu 4% der Beitragsbemessungsgrenze der Gesetzlichen Rentenversicherung (West) sozialabgabenfrei. In diesen allgemeinen Vertragsinformationen finden Sie weiterführende Informationen zu den für das Versorgungsverhältnis geltenden Steuerregelungen



K. Beitragspflicht zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung

Leistungen aus einer Direktversicherung – und zwar sowohl Renten- als auch Kapitalzahlungen – gehören zu den beitragspflichtigen Versorgungsbezügen nach § 229 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V). Mitglieder der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung der Rentner zahlen – nach derzeitiger gesetzlicher Regelung – den vollen allgemeinen Beitragssatz zur Krankenversicherung sowie den vollen Beitrag zur gesetzlichen Pflegeversicherung (ggf. zzgl. Zuschlag für Kinderlose). Bei Kapitalzahlungen ist 1/120 als monatliche Einnahme für längstens 120 Monate beitragspflichtig. Beiträge aus Versorgungsbezügen sind nicht zu entrichten, wenn deren monatlicher Zahlbetrag als Rente (oder im Falle einer Kapitalzahlung ein 120-tel dieses Betrags) weniger als 1/20 der monatlichen Bezugsgröße nach § 18 SGB IV beträgt. Überschreiten die Versorgungsbezüge und ein etwaiges Arbeitseinkommen insgesamt im Monat diesen Betrag (Freigrenze), ist bei Leistungen aus der bAV zusätzlich ein Freibetrag in Höhe von 1/20 der o.g. monatlichen Bezugsgröße nach § 226 Abs. 2 S. 2 SGB V i.V.m. § 229 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V zu berücksichtigen.

L. Weiterführende Informationen

Weiterführende Informationen finden Sie in dem für Ihre Direktversicherung erstellten Versorgungsvorschlag, diesen Allgemeinen Vertragsinformationen mit den Versicherungsbedingungen, den Individuellen Vertragsinformationen und im Versicherungsschein.



L041 / 08.2023



Continentale Lebensversicherung AG

Baierbrunner Straße 31-33

81379 München

www.continentale.de

Ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit



LV///25.20Bw * 2D38A116F7667 * 30904

Tarif OPTION-P

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Option nach dem Tarif OPTION-P

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen

Stand: 01.10.2022

I. Versicherungsbedingungen

Inhalt des Versicherungsvertrages sind die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung,

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung (MB/KK 2009) und

Teil II: Tarif mit Tarifbedingungen.

II. Personenkreis

Aufgenommen werden können alle im Tätigkeitsgebiet des Versicherers wohnenden Personen bis zu einem Eintrittsalter von 50 Jahren. Das Eintrittsalter errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Versicherungsfähig sind Personen, die

- in der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV),
 - in einer privaten Krankheitskostenvollversicherung (PKV), die die Pflicht zur Versicherung erfüllt oder
 - in einer beihilfekonformen Krankheitskostenversicherung versichert sind
- oder
- für die grundsätzlich ein Anspruch auf Heilfürsorge besteht; ausgenommen hiervon sind jedoch Personen mit Anspruch auf unentgeltliche truppenärztliche Versorgung, es sei denn, dieser Anspruch wird durch eine Reservedienstleistung oder dienstliche Veranstaltung nach dem Soldatengesetz begründet.

III. Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr rechnet vom Tag des Versicherungsbeginns an (§ 2 Abs. 1 Satz 1 MB/KK 2009).

Bei Abschluss einer Versicherung nach diesem Tarif zu oder anstelle einer bestehenden Versicherung oder bei der Mitversicherung weiterer Personen wird das Versicherungsjahr dem bereits laufenden Versicherungsjahr angeglichen.

IV. Vertragsdauer

Der Vertrag wird für die Dauer von zwei Versicherungsjahren geschlossen. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend jeweils um ein Versicherungsjahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Die Versicherung nach diesem Tarif besteht längstens bis zum 31.12. des Jahres, in dem sie zehn volle Kalenderjahre bestanden hat.

Auf Antrag kann die Versicherung mit Zustimmung des Versicherers um maximal weitere zehn volle Kalenderjahre verlängert werden; die Höchstvertragsdauer beträgt somit 20 volle Kalenderjahre. Soweit die versicherte Person nach Ablauf der Höchstvertragsdauer zwischen 21 und 26 Jahre alt ist, kann die Versicherung im direkten Anschluss auf Antrag mit Zustimmung des Versicherers längstens bis zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person 27 Jahre alt wird, verlängert werden. Die Zustimmung wird im Rahmen dieser Tarifbedingungen erteilt, sofern nicht bei einem anderen privaten Krankenversicherer eine Krankheitskostenvollversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt, oder eine beihilfekonforme Krankheitskostenversicherung besteht. Die Verlängerung der Versicherung muss vor Ablauf der zuvor vereinbarten Vertragsdauer beantragt werden.

V. Umfang der Optionsrechte

1. Optionsrechte

Der Versicherungsnehmer hat das Recht, für die nach diesem Tarif versicherte Person ohne erneute Risikoprüfung und ohne Wartezeiten Tarife der

- a) Krankheitskostenvollversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt,
- b) Krankheitskostenzusatzversicherung,
- c) Krankentagegeldversicherung,
- d) Pflegeergänzungsversicherung,
- e) Krankenhaustagegeldversicherung sowie der
- f) Kurkostenversicherung bzw. Kurtagegeldversicherung abzuschließen.

Voraussetzung ist, dass diese Tarife für den Neuzugang geöffnet sind, in diesen Tarifen Versicherungsfähigkeit besteht und die Voraussetzungen zur Wahrnehmung der Option nach Nr. VI erfüllt werden.

2. Erläuterungen

- a) Krankheitskostenvollversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt

Es besteht während der Vertragsdauer das Recht, entweder eine Krankheitskostenvollversicherung, die die Pflicht zur Versicherung erfüllt (ambulante, stationäre und zusätzlich zahnärztliche Leistungen), abzuschließen oder in eine Krankheitskostenvollversicherung mit höheren Leistungen zu wechseln. Als Krankheitskostenvollversicherung gilt auch eine beihilfekonforme Krankheitskostenversicherung. Zudem besteht das Recht, zusammen mit einer Krankheitskostenvollversicherung auch die private Pflegepflichtversicherung abzuschließen. Das Optionsrecht umfasst nicht den Abschluss einer Anwartschaftsversicherung auf eine Krankheitskostenvollversicherung.

Das Recht nach Satz 1 kann maximal zweimal während der Vertragsdauer ausgeübt werden.

- b) Krankheitskostenzusatzversicherung

Es besteht während der Vertragsdauer das Recht, Krankheitskostenzusatzversicherungen als Ergänzung zur GKV mit ambulanten, stationären bzw. zahnärztlichen Leistungen abzuschließen oder in solche Krankheitskostenzusatzversicherungen mit höheren Leistungen zu wechseln.

- c) Krankentagegeldversicherung

Es besteht während der Vertragsdauer einmalig das Recht, eine Krankentagegeldversicherung abzuschließen oder eine bereits beim Versicherer bestehende Krankentagegeldversicherung zu erhöhen. Zusätzlich kann das Optionsrecht auch für die Erhöhung einer bereits beim Versicherer bestehenden Krankentagegeldversicherung wahrgenommen werden, wenn gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung nach Nr. 1 Buchstabe a abgeschlossen wird.

Bei Wahrnehmung des Optionsrechtes kann für

- Arbeitnehmer ein Leistungsbeginn entsprechend der Gehalts- bzw. Lohnfortzahlung frühestens ab dem 43. Tag der Arbeitsunfähigkeit sowie für
- Selbständige frühestens ein Leistungsbeginn ab dem 15. Tag der Arbeitsunfähigkeit vereinbart werden.

Das Krankentagegeld ist – unter Anrechnung bestehender Krankentagegeldversicherungen sowie von Krankengeldansprüchen aus der GKV – auf das auf den Kalendertag umgerechnete Nettoeinkommen begrenzt, darf jedoch 130 % des zum Zeitpunkt des Abschlusses maßgebenden höchsten Krankengeldes in der GKV nicht übersteigen.

d) Pflegeergänzungsversicherung

Es besteht während der Vertragsdauer einmalig das Recht, eine Pflegekosten- oder alternativ eine Pflegetagegeldversicherung abzuschließen oder eine bereits beim Versicherer bestehende Pflegekosten- bzw. Pflegetagegeldversicherung zu erhöhen. Im Rahmen des Abschlusses einer Pflegetagegeldversicherung kann gleichzeitig auch eine Pflegeeinmalleistungsversicherung vereinbart werden.

In der Pflegetagegeldversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Pflegetagegeldversicherungen – für ambulante und stationäre Pflege jeweils ein Tagessatz von insgesamt bis zu 100,- Euro vereinbart werden. In der Pflegeeinmalleistungsversicherung kann ein Einmalleistungsbetrag von bis zu 10.000,- Euro vereinbart werden.

In der Pflegekostenversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Pflegekostenversicherungen – maximal eine Absicherung in Höhe der Leistung der deutschen privaten Pflegepflichtversicherung (PPV) oder der deutschen sozialen Pflegeversicherung (SPV) für Pflegegeld vereinbart werden.

e) Krankenhaustagegeldversicherung

Es besteht während der Vertragsdauer einmalig das Recht, eine Krankenhaustagegeldversicherung abzuschließen oder eine bereits beim Versicherer bestehende Krankenhaustagegeldversicherung zu erhöhen.

In der Krankenhaustagegeldversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Krankenhaustagegelder – ein Tagessatz von insgesamt bis zu 50,- Euro vereinbart werden.

f) Kurkosten- bzw. Kurtagegeldversicherung

Es besteht während der Vertragsdauer einmalig das Recht, jeweils eine Kurkosten- bzw. Kurtagegeldversicherung abzuschließen oder eine bereits beim Versicherer bestehende Kurkosten- bzw. Kurtagegeldversicherung zu erhöhen. Zusätzlich kann das Optionsrecht auch für die Erhöhung einer bereits beim Versicherer bestehenden Kurkosten- bzw. Kurtagegeldversicherung wahrgenommen werden, wenn gleichzeitig eine Krankheitskostenvollversicherung nach Nr. 1 Buchstabe a abgeschlossen wird.

In der Kurkostenversicherung kann – unter Anrechnung bestehender Kurkostenversicherungen – ein Tagessatz von insgesamt bis zu 100,- Euro vereinbart werden.

In der Kurtagegeldversicherung kann ein Tagessatz von bis zu 50,- Euro vereinbart werden.

Das Optionsrecht ist für einen Leistungsbereich ausgeschlossen, wenn dieser Leistungsbereich bereits beim Versicherer nach einem Tarif nach Nr. 1 Satz 1 versichert war und der Tarif nach Nr. 1 Satz 1 während der gesamten Vertragsdauer nach diesem Tarif (siehe Nr. IV) durch den Versicherungsnehmer gekündigt wurde. Als Leistungsbereiche gelten jeweils grundsätzlich: ambulante, stationäre bzw. zahnärztliche Leistungen, Krankentagegeld-, Pflege-, Krankenhaustagegeld- sowie Kurleistungen.

VI. Wahrnehmung der Optionsrechte

Der Versicherungsnehmer kann für die versicherte Person die Optionsrechte nach Nr. V wahrnehmen, wenn für die versicherte Person nachfolgende Ereignisse bzw. Zeitpunkte eingetreten sind.

1. Ereignisse

- Ende der Versicherungspflicht oder einer Familienversicherung in der GKV;
- Eintritt der Versicherungspflicht oder einer Familienversicherung in der GKV;
- Entstehen eines Beihilfeanspruchs;
- Wegfall des Beihilfeanspruchs;
- Eintritt des Anspruchs auf Heilfürsorge (ausgenommen unentgeltliche truppenärztliche Versorgung);

- Wegfall des Anspruchs auf Heilfürsorge (ausgenommen unentgeltliche truppenärztliche Versorgung);
- erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit innerhalb von sechs Monaten nach Abschluss einer Ausbildung oder eines Studiums, sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Einkommen erzielt;
- erstmalige Aufnahme einer freiberuflichen oder selbstständigen Tätigkeit mit Kammerzugehörigkeit;
- Heirat;
- Geburt eines Kindes;
- Adoption eines minderjährigen Kindes.

Für den Abschluss einer Krankheitskostenvollversicherung kann das Optionsrecht zusätzlich wahrgenommen werden, wenn folgendes Ereignis eingetreten ist:

- Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung bei einem anderen Versicherer oder Kündigung der freiwilligen Mitgliedschaft in der GKV.

Die Wahrnehmung der Optionsrechte ist jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses beim Versicherer zu beantragen; der Eintritt des Ereignisses ist durch entsprechende Nachweise zu belegen. Die damit verbundene Vertragsänderung wird zum nächsten Monatsersten nach Beantragung wirksam. Bei Neuabschluss einer Krankheitskostenvollversicherung wird der Versicherungsschutz im unmittelbaren Anschluss an die jeweilige Vorversicherung wirksam.

2. Zeitpunkte in Abhängigkeit der Vertragsdauer und des Alters

Der Versicherungsnehmer kann für die versicherte Person die Optionsrechte nach Nr. V in dem Jahr wahrnehmen, in dem

- a) die Versicherung nach diesem Tarif ununterbrochen 4 volle Kalenderjahre bestanden hat; von diesem Zeitpunkt an können die Optionsrechte innerhalb der Vertragsdauer nach Nr. IV alle vier Jahre wahrgenommen werden.
- b) die vereinbarte Vertragsdauer nach Nr. IV Absatz 2 und 3 abgelaufen ist.
- c) die versicherte Person 55 Jahre alt wird.

Die Wahrnehmung der Optionsrechte ist vor dem jeweiligen Zeitpunkt, zu dem sie wirksam werden sollen, vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die damit verbundene Vertragsänderung wird dann jeweils zum 1.1. des Folgejahres wirksam.

3. Individuell vereinbarter Zeitpunkt

Der Versicherungsnehmer kann bei Antragstellung mit dem Versicherer einen weiteren Zeitpunkt vereinbaren, zu dem die Optionsrechte wahrgenommen werden können. Dieses konkret vereinbarte Datum muss auf den Ersten eines Monats festgelegt sein und innerhalb der ersten 48 Monate nach Versicherungsbeginn liegen.

Die Wahrnehmung der Optionsrechte ist vor dem vereinbarten Zeitpunkt vom Versicherungsnehmer beim Versicherer zu beantragen. Die damit verbundene Vertragsänderung wird zu dem vereinbarten Datum wirksam.

Die Optionsrechte können wahrgenommen werden, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Wahrnehmung ihren gewöhnlichen Aufenthalt und Wohnsitz in der Bundesrepublik Deutschland hat.

Während der Optionszeit entstandene Krankheiten und Unfallfolgen sind ohne besonderen Zuschlag mitversichert.

Der Beitrag für den neu hinzukommenden Versicherungsschutz errechnet sich nach dem erreichten Eintrittsalter zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Vertragsänderung. Betroffene besondere Vereinbarungen (z. B. Risikozuschläge) bei Abschluss der Versicherung nach diesem Tarif werden entsprechend berücksichtigt. Die übrigen Bestimmungen für eine Erhöhung des Versicherungsschutzes (Tariferhöhung oder Tarifwechsel) finden Anwendung.

VII. Ende der Versicherung und Kündigungsrechte

1. Die Versicherung nach diesem Tarif endet zu dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherungsfähigkeit nach Nr. II nicht mehr besteht.
2. Die Versicherung nach diesem Tarif endet mit Ablauf der vereinbarten Vertragsdauer nach Nr. IV; sie endet jedoch spätestens zum 31.12. des Jahres, in dem die versicherte Person 55 Jahre alt wird.
3. Die Versicherung nach diesem Tarif endet – wenn alle Möglichkeiten einer Ausübung der Optionsrechte nach Nr. V ausgeschöpft sind – zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens des letzten Optionsrechtes.
4. Der Versicherungsnehmer kann unabhängig von der Mindestvertragsdauer nach Nr. IV Satz 1 die Versicherung nach diesem Tarif für die jeweilige versicherte Person innerhalb von zwei Monaten nach Beantragung der Wahrnehmung eines Optionsrechtes zu dem Zeitpunkt kündigen, zu dem die mit der Wahrnehmung des Optionsrechtes verbundene Vertragsänderung wirksam wird.
5. Der Versicherer verzichtet für diesen Tarif auf das ihm nach § 14 Abs. 2 MB/KK 2009 zustehende ordentliche Kündigungsrecht.

VIII. Beitrag

Der monatliche Beitrag beträgt

- 5,00 Euro bis Alter 20
- 6,00 Euro von Alter 21 bis Alter 30
- 8,50 Euro von Alter 31 bis Alter 40
- 15,50 Euro von Alter 41 bis Alter 50
- 17,00 Euro von Alter 51 bis Alter 55.

Der Beitrag wird bei Versicherungsbeginn nach dem jeweiligen Eintrittsalter der versicherten Person festgesetzt (vgl. § 8 a MB/KK 2009). Dieses errechnet sich aus dem Unterschied zwischen dem Geburtsjahr und dem Jahr des Versicherungsbeginns.

Bei Verlängerung der Versicherung nach diesem Tarif (siehe Nr. IV Absatz 3) wird der monatliche Beitrag entsprechend dem dann erreichten Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Verlängerung neu festgesetzt.

IX. Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt

Ein Anspruch auf Beitragsrückerstattung, Pauschalleistung bzw. Leistungsfreiheitsrabatt besteht für diesen Tarif nicht.

MB/KK 2009

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung

Teil I: Musterbedingungen 2009 für die Krankheitskosten- und Krankenhaustagegeldversicherung
(MB/KK 2009)

Stand: 01.01.2022

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz für Krankheiten, Unfälle und andere im Vertrag genannte Ereignisse. Er erbringt, sofern vereinbart, damit unmittelbar zusammenhängende zusätzliche Dienstleistungen. Im Versicherungsfall erbringt der Versicherer
 - a) in der Krankheitskostenversicherung Ersatz von Aufwendungen für Heilbehandlung und sonst vereinbarte Leistungen,
 - b) in der Krankenhaustagegeldversicherung bei stationärer Heilbehandlung ein Krankenhaustagegeld.
- (2) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund Behandlungsbedürftigkeit nicht mehr besteht. Muss die Heilbehandlung auf eine Krankheit oder Unfallfolge ausgedehnt werden, die mit der bisher behandelten nicht ursächlich zusammenhängt, so entsteht insoweit ein neuer Versicherungsfall. Als Versicherungsfall gelten auch
 - a) Untersuchung und medizinisch notwendige Behandlung wegen Schwangerschaft und die Entbindung,
 - b) ambulante Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen (gezielte Vorsorgeuntersuchungen),
 - c) Tod, soweit hierfür Leistungen vereinbart sind.
- (3) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.
- (4) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Heilbehandlung in Europa. Er kann durch Vereinbarung auf außereuropäische Länder ausgedehnt werden (vgl. aber § 15 Abs. 3). Während des ersten Monats eines vorübergehenden Aufenthaltes im außereuropäischen Ausland besteht auch ohne besondere Vereinbarung Versicherungsschutz. Muss der Aufenthalt wegen notwendiger Heilbehandlung über einen Monat hinaus ausgedehnt werden, besteht Versicherungsschutz, solange die versicherte Person die Rückreise nicht ohne Gefährdung ihrer Gesundheit antreten kann, längstens aber für weitere zwei Monate.
- (5) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder in einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, so setzt sich das Versicherungsverhältnis mit der Maßgabe fort, dass der Versicherer höchstens zu denjenigen Leistungen verpflichtet bleibt, die er bei einem Aufenthalt im Inland zu erbringen hätte.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen, sofern die versicherte Person die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt. Der Versicherer ist zur Annahme eines solchen Antrags verpflichtet. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8 a Abs. 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsausschluss vereinbart werden; ferner sind für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes Wartezeiten (§ 3 Abs. 6) einzuhalten. Der Umwandlungsanspruch besteht nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen. Eine Umwandlung des Versicherungsschutzes in den Notlagentarif nach § 153 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG – siehe Anhang) ist ebenfalls ausgeschlossen.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrages eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.
- (2) Bei Neugeborenen beginnt der Versicherungsschutz ohne Risikozuschläge und ohne Wartezeiten ab Vollendung der Geburt, wenn am Tage der Geburt ein Elternteil mindestens drei Monate beim Versicherer versichert ist und die Anmeldung zur Versicherung spätestens zwei Monate nach dem Tage der Geburt rückwirkend erfolgt. Der Versicherungsschutz darf nicht höher oder umfassender als der eines versicherten Elternteils sein.
- (3) Der Geburt eines Kindes steht die Adoption gleich, sofern das Kind im Zeitpunkt der Adoption noch minderjährig ist. Mit Rücksicht auf ein erhöhtes Risiko ist die Vereinbarung eines Risikozuschlages bis zur einfachen Beitragshöhe zulässig.

§ 3 Wartezeiten

- (1) Die Wartezeiten rechnen vom Versicherungsbeginn an.
- (2) Die allgemeine Wartezeit beträgt drei Monate.
Sie entfällt
 - a) bei Unfällen;
 - b) für den Ehegatten oder den eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz einer mindestens seit drei Monaten versicherten Person, sofern eine gleichartige Versicherung innerhalb zweier Monate nach der Eheschließung bzw. Eintragung beantragt wird.
- (3) Die besonderen Wartezeiten betragen für Entbindung, Psychotherapie, Zahnbehandlung, Zahnersatz und Kieferorthopädie acht Monate.
- (4) Sofern der Tarif es vorsieht, können die Wartezeiten auf Grund besonderer Vereinbarung erlassen werden, wenn ein ärztliches Zeugnis über den Gesundheitszustand vorgelegt wird.
- (5) Personen, die aus der gesetzlichen Krankenversicherung oder aus einem anderen Vertrag über eine Krankheitskostenvollversicherung ausgeschieden sind, wird die nachweislich dort ununterbrochen zurückgelegte Versicherungszeit auf die Wartezeiten angerechnet. Voraussetzung ist, dass die Versicherung spätestens zwei Monate nach Beendigung der Vorversicherung beantragt wurde und der Versicherungsschutz in Abweichung von § 2 Abs. 1 im unmittelbaren Anschluss beginnen soll. Entsprechendes gilt beim Ausscheiden aus einem öffentlichen Dienstverhältnis mit Anspruch auf Heilfürsorge.
- (6) Bei Vertragsänderungen gelten die Wartezeitregelungen für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

- (1) Art und Höhe der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.
- (2) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei. Soweit die Tarifbedingungen nichts anderes bestimmen, dürfen Heilpraktiker im Sinne des deutschen Heilpraktikergesetzes in Anspruch genommen werden.
- (3) Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel müssen von den in Abs. 2 genannten Behandelnden verordnet, Arzneimittel außerdem aus der Apotheke bezogen werden.
- (4) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.
- (5) Für medizinisch notwendige stationäre Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im übrigen aber die Voraussetzungen von Abs. 4 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann gewährt, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch für die stationäre Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

- (6) Der Versicherer leistet im vertraglichen Umfang für Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden und Arzneimittel, die von der Schulmedizin überwiegend anerkannt sind. Er leistet darüber hinaus für Methoden und Arzneimittel, die sich in der Praxis als ebenso erfolgversprechend bewährt haben oder die angewandt werden, weil keine schulmedizinischen Methoden oder Arzneimittel zur Verfügung stehen; der Versicherer kann jedoch seine Leistungen auf den Betrag herabsetzen, der bei der Anwendung vorhandener schulmedizinischer Methoden oder Arzneimittel angefallen wäre.
- (7) Vor Beginn einer Heilbehandlung, deren Kosten voraussichtlich 2000 Euro überschreiten werden, kann der Versicherungsnehmer in Textform Auskunft über den Umfang des Versicherungsschutzes für die beabsichtigte Heilbehandlung verlangen. Der Versicherer erteilt die Auskunft spätestens nach vier Wochen; ist die Durchführung der Heilbehandlung dringend, wird die Auskunft unverzüglich, spätestens nach zwei Wochen erteilt. Der Versicherer geht dabei auf einen vorgelegten Kostenvoranschlag und andere Unterlagen ein. Die Frist beginnt mit Eingang des Auskunftsverlangens beim Versicherer. Ist die Auskunft innerhalb der Frist nicht erteilt, wird bis zum Beweis des Gegenteils durch den Versicherer vermutet, dass die beabsichtigte medizinische Heilbehandlung notwendig ist.
- (8) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht
 - a) für solche Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie für Folgen von Unfällen und für Todesfälle, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) für auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie für Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) für Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte, Heilpraktiker und in Krankenanstalten, deren Rechnungen der Versicherer aus wichtigem Grunde von der Erstattung ausgeschlossen hat, wenn der Versicherungsfall nach der Benachrichtigung des Versicherungsnehmers über den Leistungsausschluss eintritt. Sofern im Zeitpunkt der Benachrichtigung ein Versicherungsfall schwebt, besteht keine Leistungspflicht für die nach Ablauf von drei Monaten seit der Benachrichtigung entstandenen Aufwendungen;
 - d) für Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie für Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, wenn der Tarif nichts anderes vorsieht;
 - e) für ambulante Heilbehandlung in einem Heilbad oder Kurort. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren ständigen Wohnsitz hat oder während eines vorübergehenden Aufenthaltes durch eine vom Aufenthaltswitzweck unabhängige Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall Heilbehandlung notwendig wird;
 - f) ---
 - g) für Behandlungen durch Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz, Eltern oder Kinder. Nachgewiesene Sachkosten werden tarifgemäß erstattet;
 - h) für eine durch Pflegebedürftigkeit oder Verwahrung bedingte Unterbringung.
- (2) Übersteigt eine Heilbehandlung oder sonstige Maßnahme, für die Leistungen vereinbart sind, das medizinisch notwendige Maß, so kann der Versicherer seine Leistungen auf einen angemessenen Betrag herabsetzen. Stehen die Aufwendungen für die Heilbehandlung oder sonstigen Leistungen in einem auffälligen Missverhältnis zu den erbrachten Leistungen, ist der Versicherer insoweit nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Besteht auch Anspruch auf Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung oder der gesetzlichen Rentenversicherung, auf eine gesetzliche Heilfürsorge oder Unfallfürsorge, so ist der Versicherer, unbeschadet der Ansprüche des Versicherungsnehmers auf Krankenhaustagegeld, nur für die Aufwendungen leistungspflichtig, welche trotz der gesetzlichen Leistungen notwendig bleiben.
- (4) Hat die versicherte Person wegen desselben Versicherungsfalles einen Anspruch gegen mehrere Erstattungsverpflichtete, darf die Gesamterstattung die Gesamtaufwendungen nicht übersteigen.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

- (1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.
- (2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).
- (3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt diese Voraussetzung nicht vor, kann nur der Versicherungsnehmer die Leistung verlangen.
- (4) Die in ausländischer Währung entstandenen Krankheitskosten werden zum Kurs des Tages, an dem die Belege beim Versicherer eingehen, in Euro umgerechnet.
- (5) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzungen können von den Leistungen abgezogen werden.
- (6) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses.

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

- (1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.
- (2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser bestimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.
- (3) Wird der Versicherungsvertrag über eine der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienende Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) später als einen Monat nach Entstehen der Pflicht zur Versicherung beantragt, ist ein Beitragszuschlag in Höhe eines Monatsbeitrags für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung zu entrichten, ab dem sechsten Monat der Nichtversicherung für jeden weiteren angefangenen Monat der Nichtversicherung ein Sechstel des Monatsbeitrags. Kann die Dauer der Nichtversicherung nicht ermittelt werden, ist davon auszugehen, dass der Versicherte mindestens fünf Jahre nicht versichert war; Zeiten vor dem 1. Januar 2009 werden nicht berücksichtigt. Der Beitragszuschlag ist einmalig zusätzlich zum laufenden Beitrag zu entrichten. Der Versicherungsnehmer kann vom Versicherer die Stundung des Beitragszuschlags verlangen, wenn den Interessen des Versicherers durch die Vereinbarung einer angemessenen Ratenzahlung Rechnung getragen werden kann. Der gestundete Betrag wird verzinst.
- (4) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheines zu zahlen, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Zeitpunkt des Versicherungsbeginns.
- (5) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.
- (6) Ist der Versicherungsnehmer bei einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) mit einem Betrag in Höhe von Beitragsanteilen für zwei Monate im Rückstand, mahnt ihn der Versicherer. Der Versicherungsnehmer hat für jeden angefangenen Monat eines Beitragsrückstandes einen Säumniszuschlag von 1 % des Beitragsrückstandes sowie Mahnkosten zu entrichten. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge zwei Monate nach Zugang dieser Mahnung noch höher als der Beitragsanteil für einen Monat, mahnt der Versicherer unter Hinweis auf das mögliche Ruhen des Versicherungsvertrages ein zweites Mal. Ist der Beitragsrückstand einschließlich der Säumniszuschläge einen Monat nach Zugang der zweiten Mahnung höher als der Beitragsanteil für einen Monat, ruht der Versicherungsvertrag ab dem

ersten Tag des nachfolgenden Monats. Solange der Versicherungsvertrag ruht, gilt die versicherte Person als im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) versichert. Es gelten insoweit die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Notlagentarif (AVB/NLT) in der jeweils geltenden Fassung.

Das Ruhen des Versicherungsvertrages tritt nicht ein oder endet, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hilfebedürftig im Sinne des Zweiten oder des Zwölften Buchs Sozialgesetzbuch ist oder wird. Unbeschadet davon wird der Vertrag ab dem ersten Tag des übernächsten Monats in dem Tarif fortgesetzt, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, wenn alle rückständigen Prämienanteile einschließlich der Säumniszuschläge und der Beitreibungskosten gezahlt sind. In den Fällen der Sätze 7 und 8 ist der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person so zu stellen, wie der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor der Versicherung im Notlagentarif nach § 153 VAG (siehe Anhang) stand, abgesehen von den während der Ruhenszeit verbrauchten Anteilen der Alterungsrückstellung. Während der Ruhenszeit vorgenommene Beitragsanpassungen und Änderungen der allgemeinen Versicherungsbedingungen in dem Tarif, in dem der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person vor Eintritt des Ruhens versichert war, gelten ab dem Tag der Fortsetzung der Versicherung in diesem Tarif. Die Hilfebedürftigkeit ist durch eine Bescheinigung des zuständigen Trägers nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nachzuweisen; der Versicherer kann in angemessenen Abständen die Vorlage einer neuen Bescheinigung verlangen.

- (7) Bei anderen als den in Abs. 6 genannten Versicherungen* kann die nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrages oder eines Folgebeitrages unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.
- (8) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Abs. 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.
- (9) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8a Beitragsberechnung

- (1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.
- (2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Älterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.
- (3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.
- (4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

* Hinweis: Zu diesen zählen auch Tarife, die in Abschnitt C (Leistungen des Versicherungsnehmers) der Tarifbedingungen eine Anwendbarkeit von § 37 vorsehen.

§ 8b Beitragsanpassung

- (1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z.B. wegen steigender Heilbehandlungskosten, einer häufigeren Inanspruchnahme medizinischer Leistungen oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer überprüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch eine betragsmäßig festgelegte Selbstbeteiligung angepasst und ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden. Im Zuge einer Beitragsanpassung werden auch der für die Beitragsgarantie im Standardtarif erforderliche Zuschlag (§ 19 Abs. 1 Satz 2) sowie der für die Beitragsbegrenzungen im Basistarif erforderliche Zuschlag (§ 20 Satz 2) mit den jeweils kalkulierten Zuschlägen verglichen, und, soweit erforderlich, angepasst.
- (2) Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch den Versicherer und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist.
- (3) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von Selbstbeteiligungen und evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

- (1) Jede Krankenhausbehandlung ist binnen 10 Tagen nach ihrem Beginn anzuzeigen.
- (2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Abs. 3) haben auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist.
- (3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.
- (4) Die versicherte Person hat nach Möglichkeit für die Minderung des Schadens zu sorgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.
- (5) Wird für eine versicherte Person bei einem weiteren Versicherer ein Krankheitskostenversicherungsvertrag abgeschlossen oder macht eine versicherte Person von der Versicherungsberechtigung in der gesetzlichen Krankenversicherung Gebrauch, ist der Versicherungsnehmer verpflichtet, den Versicherer von der anderen Versicherung unverzüglich zu unterrichten.
- (6) Eine weitere Krankenhaustagegeldversicherung darf nur mit Einwilligung des Versicherers abgeschlossen werden.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

- (1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Abs. 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Abs. 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.
- (2) Wird eine der in § 9 Abs. 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer ein Versicherungsverhältnis, das nicht zur Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) dient, unter der Voraussetzung des § 28 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.
- (3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Obliegenheiten und Folgen bei Obliegenheitsverletzungen bei Ansprüchen gegen Dritte

- (1) Hat der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person Ersatzansprüche gegen Dritte, so besteht, unbeschadet des gesetzlichen Forderungsüberganges gemäß § 86 VVG (siehe Anhang), die Verpflichtung, diese Ansprüche bis zur Höhe, in der aus dem Versicherungsvertrag Ersatz (Kostenerstattung sowie Sach- und Dienstleistung) geleistet wird, an den Versicherer schriftlich abzutreten.

- (2) Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person hat seinen (ihren) Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken.
- (3) Verletzt der Versicherungsnehmer oder eine versicherte Person vorsätzlich die in den Absätzen 1 und 2 genannten Obliegenheiten, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolge dessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Falle einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.
- (4) Steht dem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person ein Anspruch auf Rückzahlung ohne rechtlichen Grund gezahlter Entgelte gegen den Erbringer von Leistungen zu, für die der Versicherer auf Grund des Versicherungsvertrages Erstattungsleistungen erbracht hat, sind die Absätze 1 bis 3 entsprechend anzuwenden.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.

Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

- (1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf einer vereinbarten Vertragsdauer von bis zu zwei Jahren, mit einer Frist von drei Monaten kündigen.
- (2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (3) Wird eine versicherte Person kraft Gesetzes in der gesetzlichen Krankenversicherung versicherungspflichtig, so kann der Versicherungsnehmer binnen drei Monaten nach Eintritt der Versicherungspflicht eine Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung rückwirkend zum Eintritt der Versicherungspflicht kündigen. Die Kündigung ist unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer den Eintritt der Versicherungspflicht nicht innerhalb von zwei Monaten nachweist, nachdem der Versicherer ihn hierzu in Textform aufgefordert hat, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Versäumung dieser Frist nicht zu vertreten. Macht der Versicherungsnehmer von seinem Kündigungsrecht Gebrauch, steht dem Versicherer der Beitrag nur bis zum Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht zu. Später kann der Versicherungsnehmer die Krankheitskostenversicherung oder eine dafür bestehende Anwartschaftsversicherung zum Ende des Monats kündigen, in dem er den Eintritt der Versicherungspflicht nachweist. Dem Versicherer steht der Beitrag in diesem Fall bis zum Ende des Versicherungsvertrages zu. Der Versicherungspflicht steht gleich der gesetzliche Anspruch auf Familienversicherung oder der nicht nur vorübergehende Anspruch auf Heilfürsorge aus einem beamtenrechtlichen oder ähnlichen Dienstverhältnis.
- (4) Hat eine Vereinbarung im Versicherungsvertrag zur Folge, dass bei Erreichen eines bestimmten Lebensalters oder bei Eintritt anderer dort genannter Voraussetzungen der Beitrag für ein anderes Lebensalter oder eine andere Altersgruppe gilt oder der Beitrag unter Berücksichtigung einer Alterungsrückstellung berechnet wird, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen, wenn sich der Beitrag durch die Änderung erhöht.
- (5) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Abs. 1, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.
- (6) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

- (7) Dient das Versicherungsverhältnis der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang), setzt die Kündigung nach den Abs. 1, 2, 4, 5 und 6 voraus, dass für die versicherte Person bei einem anderen Versicherer ein neuer Vertrag abgeschlossen wird, der den Anforderungen an die Pflicht zur Versicherung genügt. Die Kündigung wird nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Kündigungserklärung nachweist, dass die versicherte Person bei einem neuen Versicherer ohne Unterbrechung versichert ist; liegt der Zeitpunkt, zu dem die Kündigung ausgesprochen wurde, mehr als zwei Monate nach der Kündigungserklärung, muss der Nachweis bis zu diesem Zeitpunkt erbracht werden.
- (8) Bei Kündigung einer Krankheitskostenvollversicherung und gleichzeitigem Abschluss eines neuen substitutiven Vertrages (§ 195 Abs. 1 VVG – siehe Anhang) kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass der Versicherer die kalkulierte Alterungsrückstellung der versicherten Person in Höhe des nach dem 31. Dezember 2008 ab Beginn der Versicherung im jeweiligen Tarif aufgebauten Übertragungswertes nach Maßgabe von § 146 Abs. 1 Nr. 5 VAG (siehe Anhang) auf deren neuen Versicherer überträgt. Dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.
- (9) Bestehen bei Beendigung des Versicherungsverhältnisses Beitragsrückstände, kann der Versicherer den Übertragungswert bis zum vollständigen Beitragsausgleich zurückbehalten.
- (10) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.
- (11) Soweit die Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben wird, haben der Versicherungsnehmer und die versicherten Personen das Recht, einen gekündigten Vertrag in Form einer Anwartschaftsversicherung fortzusetzen.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

- (1) In einer der Erfüllung der Pflicht zur Versicherung dienenden Krankheitskostenversicherung (§ 193 Abs. 3 VVG – siehe Anhang) sowie in der substitutiven Krankheitskostenversicherung gemäß § 195 Abs. 1 VVG (siehe Anhang) ist das ordentliche Kündigungsrecht ausgeschlossen. Dies gilt auch für eine Krankenhaustagegeldversicherung, die neben einer Krankheitskostenvollversicherung besteht.
- (2) Liegen bei einer Krankenhaustagegeldversicherung oder einer Krankheitskostenteilversicherung die Voraussetzungen nach Abs. 1 nicht vor, so kann der Versicherer das Versicherungsverhältnis nur innerhalb der ersten drei Versicherungsjahre mit einer Frist von drei Monaten zum Ende eines Versicherungsjahres kündigen.
- (3) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.
- (4) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.
- (5) Kündigt der Versicherer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, gilt § 13 Abs. 10 Sätze 1 und 2 entsprechend.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

- (1) Das Versicherungsverhältnis endet mit dem Tod des Versicherungsnehmers. Die versicherten Personen haben jedoch das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben.
- (2) Beim Tod einer versicherten Person endet insoweit das Versicherungsverhältnis.
- (3) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 5 genannten, endet insoweit das Versicherungsverhältnis, es sei denn, dass es aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird. Der Versicherer kann im Rahmen dieser anderweitigen Vereinbarung einen angemessenen Beitragszuschlag verlangen. Bei nur vorübergehender Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes in einen anderen Staat als die in § 1 Abs. 5 genannten kann verlangt werden, das Versicherungsverhältnis in eine Anwartschaftsversicherung umzuwandeln.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform.

§ 17 Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.
- (2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.
- (3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum ist, oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

- (1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.
- (2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Wechsel in den Standardtarif

- (1) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages, die die in § 257 Abs. 2a Nr. 2, 2a und 2b SGB V in der bis zum 31. Dezember 2008 geltenden Fassung (siehe Anhang) genannten Voraussetzungen erfüllen, in den Standardtarif mit Höchstbeitragsgarantie wechseln können. Zur Gewährleistung dieser Beitragsgarantie wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. Neben dem Standardtarif darf gemäß Nr. 1 Abs. 5 und Nr. 9 der Tarifbedingungen für den Standardtarif für eine versicherte Person keine weitere Krankheitskostenteil- oder -vollversicherung bestehen. Der Wechsel ist jederzeit nach Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen möglich; die Versicherung im Standardtarif beginnt zum Ersten des Monats, der auf den Antrag des Versicherungsnehmers auf Wechsel in den Standardtarif folgt.
- (2) Absatz 1 gilt nicht für ab dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge.

§ 20 Wechsel in den Basistarif

Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass versicherte Personen seines Vertrages in den Basistarif mit Höchstbeitragsgarantie und Beitragsminderung bei Hilfebedürftigkeit wechseln können, wenn der erstmalige Abschluss der bestehenden Krankheitskostenvollversicherung ab dem 1. Januar 2009 erfolgte oder die versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat oder das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, aber die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllt und diese Rente beantragt hat oder ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften bezieht oder hilfebedürftig nach dem Zweiten oder Zwölften Buch Sozialgesetzbuch ist. Zur Gewährleistung dieser Beitragsbegrenzungen wird der in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegte Zuschlag erhoben. § 19 Abs. 1 Satz 4 gilt entsprechend.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.

Anhang zu den MB/KK 2009

Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG)

Stand: 01.01.2022

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

- (1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.
- (2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlungen in Höhe des Betrags verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.
- (3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

- (1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.
- (2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.
- (3) Das Rücktrittsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.
- (4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- (5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.
- (6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung die Prämie um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

- (1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grober Fahrlässigkeit.
- (2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Abweichend von Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

- (4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunft- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen hat.
- (5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstprämie

- (1) Wird die einmalige oder die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (2) Ist die einmalige oder die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung der Prämie aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgeprämie

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens zwei Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 86 Übergang von Ersatzansprüchen

- (1) Steht dem Versicherungsnehmer ein Ersatzanspruch gegen einen Dritten zu, geht dieser Anspruch auf den Versicherer über, soweit der Versicherer den Schaden ersetzt. Der Übergang kann nicht zum Nachteil des Versicherungsnehmers geltend gemacht werden.
- (2) Der Versicherungsnehmer hat seinen Ersatzanspruch oder ein zur Sicherung dieses Anspruchs dienendes Recht unter Beachtung der geltenden Form- und Fristvorschriften zu wahren und bei dessen Durchsetzung durch den Versicherer soweit erforderlich mitzuwirken. Verletzt der Versicherungsnehmer diese Obliegenheit vorsätzlich, ist der Versicherer zur Leistung insoweit nicht verpflichtet, als er infolgedessen keinen Ersatz von dem Dritten erlangen kann. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.
- (3) Richtet sich der Ersatzanspruch des Versicherungsnehmers gegen eine Person, mit der er bei Eintritt des Schadens in häuslicher Gemeinschaft lebt, kann der Übergang nach Absatz 1 nicht geltend gemacht werden, es sei denn, diese Person hat den Schaden vorsätzlich verursacht.

§ 193 Versicherte Person; Versicherungspflicht

- (3) Jede Person mit Wohnsitz im Inland ist verpflichtet, bei einem in Deutschland zum Geschäftsbetrieb zugelassenen Versicherungsunternehmen für sich selbst und für die von ihr gesetzlich vertretenen Personen, soweit diese nicht selbst Verträge abschließen können, eine Krankheitskostenversicherung, die mindestens eine Kostenerstattung für ambulante und stationäre Heilbehandlung umfasst und bei der die für tariflich vorgesehene Leistungen vereinbarten absoluten und prozentualen Selbstbehalte für ambulante und stationäre Heilbehandlung für jede zu versichernde Person auf eine betragsmäßige Auswirkung von kalenderjährlich 5.000 Euro begrenzt ist, abzuschließen und aufrechtzuerhalten; für Beihilfeberechtigte ergeben sich die möglichen Selbstbehalte durch eine sinngemäße Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den Höchstbetrag von 5.000 Euro. Die Pflicht nach Satz 1 besteht nicht für Personen, die

1. in der gesetzlichen Krankenversicherung versichert oder versicherungspflichtig sind oder
2. Anspruch auf freie Heilfürsorge haben, beihilfeberechtigt sind oder vergleichbare Ansprüche haben im Umfang der jeweiligen Berechtigung oder
3. Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz haben oder
4. Empfänger laufender Leistungen nach dem Dritten, Vierten und Siebten Kapitel des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und Empfänger von Leistungen nach Teil 2 des Neunten Buches Sozialgesetzbuch sind für die Dauer dieses Leistungsbezugs und während Zeiten einer Unterbrechung des Leistungsbezugs von weniger als einem Monat, wenn der Leistungsbezug vor dem 1. Januar 2009 begonnen hat.

Ein vor dem 1. April 2007 vereinbarter Krankheitskostenversicherungsvertrag genügt den Anforderungen des Satzes 1.

§ 195 Versicherungsdauer

- (1) Die Krankenversicherung, die ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), ist vorbehaltlich der Absätze 2 und 3 und der §§ 196 und 199 unbefristet. Wird die nicht substitutive Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betrieben, gilt Satz 1 entsprechend.

Auszug aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG)

§ 146 Substitutive Krankenversicherung

- (1) Soweit die Krankenversicherung ganz oder teilweise den im gesetzlichen Sozialversicherungssystem vorgesehenen Kranken- oder Pflegeversicherungsschutz ersetzen kann (substitutive Krankenversicherung), darf sie im Inland vorbehaltlich des Absatzes 3 nur nach Art der Lebensversicherung betrieben werden, wobei
...
5. in dem Versicherungsvertrag die Mitgabe des Übertragungswerts desjenigen Teils der Versicherung, dessen Leistungen dem Basistarif im Sinne des § 152 Absatz 1 entsprechen, bei Wechsel des Versicherungsnehmers zu einem anderen privaten Krankenversicherungsunternehmen vorzusehen ist; dies gilt nicht für vor dem 1. Januar 2009 abgeschlossene Verträge und
...
...

§ 153 Notlagentarif

- (1) Nichtzahler nach § 193 Absatz 7 des Versicherungsvertragsgesetzes bilden einen Tarif im Sinne des § 155 Absatz 3 Satz 1. Der Notlagentarif sieht ausschließlich die Aufwendererstattung für Leistungen vor, die zur Behandlung von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft erforderlich sind. Abweichend davon sind für versicherte Kinder und Jugendliche zudem insbesondere Aufwendungen für Vorsorgeuntersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten nach gesetzlich eingeführten Programmen und für Schutzimpfungen, die die Ständige Impfkommission beim Robert Koch-Institut gemäß § 20 Absatz 2 des Infektionsschutzgesetzes empfiehlt, zu erstatten.
- (2) Für alle im Notlagentarif Versicherten ist eine einheitliche Prämie zu kalkulieren, im Übrigen gilt § 146 Absatz 1 Nummer 1 und 2. Für Versicherte, deren Vertrag nur die Erstattung eines Prozentsatzes der entstandenen Aufwendungen vorsieht, gewährt der Notlagentarif Leistungen in Höhe von 20, 30 oder 50 Prozent der versicherten Behandlungskosten. § 152 Absatz 3 ist entsprechend anzuwenden. Die kalkulierten Prämien aus dem Notlagentarif dürfen nicht höher sein, als es zur Deckung der Aufwendungen für Versicherungsfälle aus dem Tarif erforderlich ist. Mehraufwendungen, die zur Gewährleistung der in Satz 3 genannten Begrenzungen entstehen, sind gleichmäßig auf alle Versicherungsnehmer des Versicherers mit einer Versicherung, die eine Pflicht aus § 193 Absatz 3 Satz 1 des Versicherungsvertragsgesetzes erfüllt, zu verteilen. Auf die im Notlagentarif zu zahlende Prämie ist die Alterungsrückstellung in der Weise anzurechnen, dass bis zu 25 Prozent der monatlichen Prämie durch Entnahme aus der Alterungsrückstellung geleistet werden.

Anhang zu den MB/KK 2009

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) Gesetzliche Krankenversicherung

Stand: 01.01.2022

§ 37b Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Versicherte mit einer nicht heilbaren, fortschreitenden und weit fortgeschrittenen Erkrankung bei einer zugleich begrenzten Lebenserwartung, die eine besonders aufwändige Versorgung benötigen, haben Anspruch auf spezialisierte ambulante Palliativversorgung. Die Leistung ist von einem Vertragsarzt oder Krankenhausarzt zu verordnen. Die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfasst ärztliche und pflegerische Leistungen einschließlich ihrer Koordination insbesondere zur Schmerztherapie und Symptomkontrolle und zielt darauf ab, die Betreuung der Versicherten nach Satz 1 in der vertrauten Umgebung des häuslichen oder familiären Bereichs zu ermöglichen; hierzu zählen beispielsweise Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen und der Kinder- und Jugendhilfe. Versicherte in stationären Hospizen haben einen Anspruch auf die Teilleistung der erforderlichen ärztlichen Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung. Dies gilt nur, wenn und soweit nicht andere Leistungsträger zur Leistung verpflichtet sind. Dabei sind die besonderen Belange von Kindern zu berücksichtigen.
- (2) Versicherte in stationären Pflegeeinrichtungen im Sinne von § 72 Abs. 1 des Elften Buches haben in entsprechender Anwendung des Absatzes 1 einen Anspruch auf spezialisierte Palliativversorgung. Die Verträge nach § 132d Abs. 1 regeln, ob die Leistung nach Absatz 1 durch Vertragspartner der Krankenkassen in der Pflegeeinrichtung oder durch Personal der Pflegeeinrichtung erbracht wird; § 132d Abs. 2 gilt entsprechend.
- (3) Der Gemeinsame Bundesausschuss bestimmt in den Richtlinien nach § 92 das Nähere über die Leistungen, insbesondere
 1. die Anforderungen an die Erkrankungen nach Absatz 1 Satz 1 sowie an den besonderen Versorgungsbedarf der Versicherten,
 2. Inhalt und Umfang der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung einschließlich von deren Verhältnis zur ambulanten Versorgung und der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den bestehenden ambulanten Hospizdiensten und stationären Hospizen (integrativer Ansatz); die gewachsenen Versorgungsstrukturen sind zu berücksichtigen,
 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des verordnenden Arztes mit dem Leistungserbringer.
- (4) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen berichtet dem Bundesministerium für Gesundheit alle drei Jahre über die Entwicklung der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung und die Umsetzung der dazu erlassenen Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Er bestimmt zu diesem Zweck die von seinen Mitgliedern zu übermittelnden statistischen Informationen über die geschlossenen Verträge und die erbrachten Leistungen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung.

§ 39c Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit

Reichen Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 Absatz 1a bei schwerer Krankheit oder wegen akuter Verschlimmerung einer Krankheit, insbesondere nach einem Krankenhausaufenthalt, nach einer ambulanten Operation oder nach einer ambulanten Krankenhausbehandlung, nicht aus, erbringt die Krankenkasse die erforderliche Kurzzeitpflege entsprechend § 42 des Elften Buches für eine Übergangszeit, wenn keine Pflegebedürftigkeit mit Pflegegrad 2, 3, 4 oder 5 im Sinne des Elften Buches festgestellt ist. Im Hinblick auf die Leistungsdauer und die Leistungshöhe gilt § 42 Absatz 2 Satz 1 und 2 des Elften Buches entsprechend. Die Leistung kann in zugelassenen Einrichtungen nach dem Elften Buch oder in anderen geeigneten Einrichtungen erbracht werden.

§ 95 Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung

- (1) An der vertragsärztlichen Versorgung nehmen zugelassene Ärzte und zugelassene medizinische Versorgungszentren sowie ermächtigte Ärzte und ermächtigte Einrichtungen teil. Medizinische Versorgungszentren sind ärztlich geleitete Einrichtungen, in denen Ärzte, die in das Arztregister nach Absatz 2 Satz 3 eingetragen sind, als Angestellte oder Vertragsärzte tätig sind. Der ärztliche Leiter muss in dem medizinischen Versorgungszentrum selbst als angestellter Arzt oder als Vertragsarzt tätig sein; er ist in medizinischen Fragen weisungsfrei. Sind in einem medizinischen Versorgungszentrum Angehörige unterschiedlicher Berufsgruppen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, tätig, ist auch eine kooperative Leitung möglich. Die Zulassung erfolgt für den Ort der Niederlassung als Arzt oder den Ort der Niederlassung als medizinisches Versorgungszentrum (Vertragsarztsitz).
- (1a) Medizinische Versorgungszentren können von zugelassenen Ärzten, von zugelassenen Krankenhäusern, von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3, von anerkannten Praxisnetzen nach § 87b Absatz 2 Satz 3, von gemeinnützigen Trägern, die aufgrund von Zulassung oder Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, oder von Kommunen gegründet werden. Erbringer nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 sind jedoch nur zur Gründung fachbezogener medizinischer Versorgungszentren berechtigt; ein Fachbezug besteht auch für die mit Dialyseleistungen zusammenhängenden ärztlichen Leistungen im Rahmen einer umfassenden Versorgung der Dialysepatienten. Die Gründung eines medizinischen Versorgungszentrums ist nur in der Rechtsform der Personengesellschaft, der eingetragenen Genossenschaft oder der Gesellschaft mit beschränkter Haftung oder in einer öffentlich rechtlichen Rechtsform möglich. Die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die am 1. Januar 2012 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von der Trägerschaft und der Rechtsform des medizinischen Versorgungszentrums unverändert fort; die Zulassung von medizinischen Versorgungszentren, die von Erbringern nichtärztlicher Dialyseleistungen nach § 126 Absatz 3 gegründet wurden und am 10. Mai 2019 bereits zugelassen sind, gilt unabhängig von ihrem Versorgungsangebot unverändert fort. Für die Gründung von medizinischen Versorgungszentren durch Kommunen findet § 105 Absatz 5 Satz 1 bis 4 keine Anwendung.
- (1b) Ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum kann von einem Krankenhaus nur gegründet werden, soweit der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in dem Planungsbereich der Kassenzahnärztlichen Vereinigung, in dem die Gründung des zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentrums beabsichtigt ist, 10 Prozent nicht überschreitet. In Planungsbereichen, in denen der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um bis zu 50 Prozent unterschritten ist, umfasst die Gründungsbefugnis des Krankenhauses für zahnärztliche medizinische Versorgungszentren mindestens fünf Vertragszahnarztsitze oder Anstellungen. Abweichend von Satz 1 kann ein Krankenhaus ein zahnärztliches medizinisches Versorgungszentrum unter den folgenden Voraussetzungen gründen:
 1. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 50 Prozent unterschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus damit insgesamt gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 20 Prozent nicht überschreitet,
 2. in einem Planungsbereich, in dem der allgemeine bedarfsgerechte Versorgungsgrad um mehr als 10 Prozent überschritten ist, sofern der Versorgungsanteil der vom Krankenhaus gegründeten zahnärztlichen medizinischen Versorgungszentren an der vertragszahnärztlichen Versorgung in diesem Planungsbereich 5 Prozent nicht überschreitet.Der Zulassungsausschuss ermittelt den jeweils geltenden Versorgungsanteil auf Grundlage des allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrades und des Standes der vertragszahnärztlichen Versorgung. Hierzu haben die Kassenzahnärztlichen Vereinigungen umfassende und vergleichbare Übersichten zum allgemeinen bedarfsgerechten Versorgungsgrad und zum Stand der vertragszahnärztlichen Versorgung am 31. Dezember eines jeden Jahres zu erstellen. Die Übersichten sind bis zum 30. Juni des jeweils folgenden Jahres zu erstellen und in geeigneter Weise in den amtlichen Mitteilungsblättern der Kassenzahnärztlichen Vereinigungen zu veröffentlichen. Die Sätze 1 bis 6 gelten auch für die Erweiterung bestehender zahnärztlicher medizinischer Versorgungszentren eines Krankenhauses.
- (2) Um die Zulassung als Vertragsarzt kann sich jeder Arzt bewerben, der seine Eintragung in ein Arzt- oder Zahnarztregister (Arztregister) nachweist. Die Arztregister werden von den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen für jeden Zulassungsbezirk geführt. Die Eintragung in ein Arztregister erfolgt auf Antrag
 1. nach Erfüllung der Voraussetzungen nach § 95a für Vertragsärzte und nach § 95c für Psychotherapeuten,
 2. nach Ableistung einer zweijährigen Vorbereitungszeit für Vertragszahnärzte.

Das Nähere regeln die Zulassungsverordnungen. Um die Zulassung kann sich ein medizinisches Versorgungszentrum bewerben, dessen Ärzte in das Arztregister nach Satz 3 eingetragen sind. Für die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung ist außerdem Voraussetzung, dass die Gesellschafter entweder selbstschuldnerische Bürgschaftserklärungen oder andere Sicherheitsleistungen nach § 232 des Bürgerlichen Gesetzbuchs für Forderungen von Kassenärztlichen Vereinigungen und Krankenkassen gegen das medizinische Versorgungszentrum aus dessen vertragsärztlicher Tätigkeit abgeben; dies gilt auch für Forderungen, die erst nach Auflösung des medizinischen Versorgungszentrums fällig werden. Die Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum bedarf der Genehmigung des Zulassungsausschusses. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Satzes 5 erfüllt sind; Absatz 9b gilt entsprechend. Anträge auf Zulassung eines Arztes und auf Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums sowie auf Genehmigung der Anstellung eines Arztes in einem zugelassenen medizinischen Versorgungszentrum sind abzulehnen, wenn bei Antragstellung für die dort tätigen Ärzte Zulassungsbeschränkungen nach § 103 Abs. 1 Satz 2 angeordnet sind oder der Zulassung oder der Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen. Abweichend von Satz 9 ist einem Antrag trotz einer nach § 103 Absatz 1 Satz 2 angeordneten Zulassungsbeschränkung stattzugeben, wenn mit der Zulassung oder Anstellungsgenehmigung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Für die in den medizinischen Versorgungszentren angestellten Ärzte gilt § 135 entsprechend.

(2a) (weggefallen)

- (3) Die Zulassung bewirkt, dass der Vertragsarzt Mitglied der für seinen Kassenarztsitz zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung wird und zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung im Umfang seines aus der Zulassung folgenden Versorgungsauftrages berechtigt und verpflichtet ist. Die Zulassung des medizinischen Versorgungszentrums bewirkt, dass die in dem Versorgungszentrum angestellten Ärzte Mitglieder der für den Vertragsarztsitz des Versorgungszentrums zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung sind und dass das zugelassene medizinische Versorgungszentrum insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind verbindlich. Die Einhaltung der sich aus den Sätzen 1 und 2 ergebenden Versorgungsaufträge sind von der Kassenärztlichen Vereinigung bundeseinheitlich, insbesondere anhand der abgerechneten Fälle und anhand der Gebührenordnungspositionen mit den Angaben für den zur ärztlichen Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand nach § 87 Absatz 2 Satz 1 zweiter Halbsatz, zu prüfen. Die Ergebnisse sowie eine Übersicht über die gegebenenfalls getroffenen Maßnahmen sind den Landes- und Zulassungsausschüssen sowie der für die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung zuständigen Aufsichtsbehörde jeweils zum 30. Juni des Jahres zu übermitteln.
- (4) Die Ermächtigung bewirkt, dass der ermächtigte Arzt oder die ermächtigte Einrichtung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt und verpflichtet ist. Die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung sind für sie verbindlich. Die Absätze 5 bis 7, § 75 Abs. 2 und § 81 Abs. 5 gelten entsprechend.
- (5) Die Zulassung ruht auf Beschluss des Zulassungsausschusses, wenn der Vertragsarzt seine Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht ausübt, ihre Aufnahme aber in angemessener Frist zu erwarten ist, oder auf Antrag eines Vertragsarztes, der in den hauptamtlichen Vorstand nach § 79 Abs. 1 gewählt worden ist. Unter den gleichen Voraussetzungen kann bei vollem Versorgungsauftrag das Ruhen der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschlossen werden; bei einem drei Viertel Versorgungsauftrag kann das Ruhen eines Viertels der Zulassung beschlossen werden.

- (6) Die Zulassung ist zu entziehen, wenn ihre Voraussetzungen nicht oder nicht mehr vorliegen, der Vertragsarzt die vertragsärztliche Tätigkeit nicht aufnimmt oder nicht mehr ausübt oder seine vertragsärztlichen Pflichten gröblich verletzt. Der Zulassungsausschuss kann in diesen Fällen statt einer vollständigen auch die Entziehung der Hälfte oder eines Viertels der Zulassung beschließen. Einem medizinischen Versorgungszentrum ist die Zulassung auch dann zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1a Satz 1 bis 3 länger als sechs Monate nicht mehr vorliegen. Die Gründereigenschaft nach Absatz 1a Satz 1 bleibt auch für die angestellten Ärzte bestehen, die auf ihre Zulassung zugunsten der Anstellung in einem medizinischen Versorgungszentrum verzichtet haben, solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind und Gesellschafter des medizinischen Versorgungszentrums sind. Die Gründungsvoraussetzung nach Absatz 1a Satz 1 liegt weiterhin vor, sofern angestellte Ärzte die Gesellschafteranteile der Ärzte nach Absatz 1a Satz 1 oder der Ärzte nach Satz 4 übernehmen und solange sie in dem medizinischen Versorgungszentrum tätig sind; die Übernahme von Gesellschafteranteilen durch angestellte Ärzte ist jederzeit möglich. Medizinischen Versorgungszentren, die unter den in Absatz 1a Satz 4 erster Halbsatz geregelten Bestandsschutz fallen, ist die Zulassung zu entziehen, wenn die Gründungsvoraussetzungen des Absatzes 1 Satz 6 zweiter Halbsatz in der bis zum 31. Dezember 2011 geltenden Fassung seit mehr als sechs Monaten nicht mehr vorliegen oder das medizinische Versorgungszentrum gegenüber dem Zulassungsausschuss nicht bis zum 30. Juni 2012 nachweist, dass die ärztliche Leitung den Voraussetzungen des Absatzes 1 Satz 3 entspricht.
- (7) Die Zulassung endet, wenn die vertragsärztliche Tätigkeit in einem von Zulassungsbeschränkungen betroffenen Planungsbereich nicht innerhalb von drei Monaten nach Zustellung des Beschlusses über die Zulassung aufgenommen wird, mit dem Tod, mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, mit dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des Berechtigten aus dem Bezirk seines Kassenarztsitzes. Die Zulassung eines medizinischen Versorgungszentrums endet mit dem Wirksamwerden eines Verzichts, der Auflösung, dem Ablauf des Befristungszeitraumes oder mit dem Wegzug des zugelassenen medizinischen Versorgungszentrums aus dem Bezirk des Vertragsarztsitzes.
- (8) (weggefallen)
- (9) Der Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die in das Arztregister eingetragen sind, anstellen, sofern für die Arztgruppe, der der anzustellende Arzt angehört, keine Zulassungsbeschränkungen angeordnet sind und der Anstellung keine Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 entgegenstehen; hiervon abweichend ist eine Anstellungsgenehmigung trotz einer angeordneten Zulassungsbeschränkung zu erteilen, wenn mit der Anstellung Festlegungen nach § 101 Absatz 1 Satz 8 befolgt werden. Sind Zulassungsbeschränkungen angeordnet, gilt Satz 1 mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen des § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 erfüllt sein müssen. Das Nähere zu der Anstellung von Ärzten bei Vertragsärzten bestimmen die Zulassungsverordnungen. Absatz 5 gilt entsprechend.
- (9a) Der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsarzt kann mit Genehmigung des Zulassungsausschusses Ärzte, die von einer Hochschule mindestens halbtags als angestellte oder beamtete Hochschullehrer für Allgemeinmedizin oder als deren wissenschaftliche Mitarbeiter beschäftigt werden und in das Arztregister eingetragen sind, unabhängig von Zulassungsbeschränkungen anstellen. Bei der Ermittlung des Versorgungsgrades in einem Planungsbereich sind diese angestellten Ärzte nicht mitzurechnen.
- (9b) Eine genehmigte Anstellung nach Absatz 9 Satz 1 ist auf Antrag des anstellenden Vertragsarztes vom Zulassungsausschuss in eine Zulassung umzuwandeln, sofern der Umfang der Tätigkeit des angestellten Arztes einem ganzen, einem halben oder einem drei Viertel Versorgungsauftrag entspricht; beantragt der anstellende Vertragsarzt nicht zugleich bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Durchführung eines Nachbesetzungsverfahrens nach § 103 Absatz 3a, wird der bisher angestellte Arzt Inhaber der Zulassung.
- (10) (weggefallen)

- (11) (weggefallen)
- (11a) (weggefallen)
- (11b) (weggefallen)
- (12) (weggefallen)
- (13) In Zulassungssachen der Psychotherapeuten und der überwiegend oder ausschließlich psychotherapeutisch tätigen Ärzte (§ 101 Abs. 3 Satz 1) treten abweichend von § 96 Abs. 2 Satz 1 und § 97 Abs. 2 Satz 1 an die Stelle der Vertreter der Ärzte Vertreter der Psychotherapeuten und der Ärzte in gleicher Zahl; unter den Vertretern der Psychotherapeuten muss mindestens ein Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder ein Psychotherapeut mit einer Weiterbildung für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen sein. Für die erstmalige Besetzung der Zulassungsausschüsse und der Berufungsausschüsse nach Satz 1 werden die Vertreter der Psychotherapeuten von der zuständigen Aufsichtsbehörde auf Vorschlag der für die beruflichen Interessen maßgeblichen Organisationen der Psychotherapeuten auf Landesebene berufen.

§ 119 Sozialpädiatrische Zentren

- (1) Sozialpädiatrische Zentren, die fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Leitung stehen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche sozialpädiatrische Behandlung bieten, können vom Zulassungsausschuss (§ 96) zur ambulanten sozialpädiatrischen Behandlung von Kindern ermächtigt werden. Die Ermächtigung ist zu erteilen, soweit und solange sie notwendig ist, um eine ausreichende sozialpädiatrische Behandlung sicherzustellen.
- (2) Die Behandlung durch sozialpädiatrische Zentren ist auf diejenigen Kinder auszurichten, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können. Die Zentren sollen mit den Ärzten und den Frühförderstellen eng zusammenarbeiten.

§ 132a Versorgung mit häuslicher Krankenpflege

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene haben unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 gemeinsam Rahmenempfehlungen über die einheitliche und flächendeckende Versorgung mit häuslicher Krankenpflege abzugeben; für Pflegedienste, die einer Kirche oder einer Religionsgemeinschaft des öffentlichen Rechts oder einem sonstigen freigemeinnützigen Träger zuzuordnen sind, können die Rahmenempfehlungen gemeinsam mit den übrigen Partnern der Rahmenempfehlungen auch von der Kirche oder der Religionsgemeinschaft oder von dem Wohlfahrtsverband abgeschlossen werden, dem die Einrichtung angehört. Vor Abschluss der Vereinbarung ist der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Deutschen Krankenhausgesellschaft Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Stellungnahmen sind in den Entscheidungsprozess der Partner der Rahmenempfehlungen einzubeziehen. In den Rahmenempfehlungen sind insbesondere zu regeln:
 - 1. Eignung der Leistungserbringer einschließlich Anforderungen an die Eignung zur Versorgung nach § 37 Absatz 7,
 - 2. Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Fortbildung,
 - 3. Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit des Leistungserbringers mit dem verordnenden Vertragsarzt und dem Krankenhaus,
 - 4. Grundsätze der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung,
 - 5. Grundsätze der Vergütungen und ihrer Strukturen einschließlich der Transparenzvorgaben für die Vergütungsverhandlungen zum Nachweis der tatsächlich gezahlten Tariflöhne oder Arbeitsentgelte sowie erstmals bis zum 30. Juni 2019 Grundsätze für die Vergütung von längeren Wegezeiten, insbesondere in ländlichen Räumen, durch Zuschläge unter Einbezug der ambulanten Pflege nach dem Elften Buch,
 - 6. Grundsätze zum Verfahren der Prüfung der Leistungspflicht der Krankenkassen sowie zum Abrechnungsverfahren einschließlich der für diese Zwecke jeweils zu übermittelnden Daten und
 - 7. Anforderungen an die Eignung der Pflegefachkräfte, die Leistungen im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbringen, sowie Maßnahmen zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit der im Rahmen einer Versorgung nach § 37 Absatz 8 erbrachten Leistungen.

Um den Besonderheiten der intensivpflegerischen Versorgung im Rahmen der häuslichen Krankenpflege Rechnung zu tragen, sind in den Rahmenempfehlungen auch Regelungen über die behandlungspflegerische Versorgung von Versicherten, die auf Grund eines besonders hohen Bedarfs an diesen Leistungen oder einer Bedrohung ihrer Vitalfunktion einer ununterbrochenen Anwesenheit einer Pflegekraft bedürfen, vorzusehen. In den Rahmenempfehlungen nach Satz 4 Nummer 6 können auch Regelungen über die nach § 302 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 3 in Richtlinien geregelten Inhalte getroffen werden; in diesem

Fall gilt § 302 Absatz 4. Die Inhalte der Rahmenempfehlungen sind den Verträgen nach Absatz 4 zugrunde zu legen.

- (2) Kommt eine Rahmenempfehlung nach Absatz 1 ganz oder teilweise nicht zu Stande, können die Rahmenempfehlungspartner die Schiedsstelle nach Absatz 3 anrufen. Die Schiedsstelle kann auch vom Bundesministerium für Gesundheit angerufen werden. Sie setzt innerhalb von drei Monaten den betreffenden Rahmenempfehlungsinhalt fest.
- (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der Interessen von Pflegediensten maßgeblichen Spitzenorganisationen auf Bundesebene bilden erstmals bis zum 1. Juli 2017 eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus Vertretern der Krankenkassen und der Pflegedienste in gleicher Zahl sowie aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern. Die Amtsdauer beträgt vier Jahre. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Rahmenempfehlungspartner einigen. Kommt eine Einigung nicht zu Stande, gilt § 89 Absatz 6 Satz 3 entsprechend. Das Bundesministerium für Gesundheit kann durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates das Nähere über die Zahl und die Bestellung der Mitglieder, die Erstattung der baren Auslagen und die Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder, das Verfahren sowie über die Verteilung der Kosten regeln. § 129 Absatz 9 und 10 Satz 1 gilt entsprechend.
- (4) Über die Einzelheiten der Versorgung mit häuslicher Krankenpflege, über die Preise und deren Abrechnung und die Verpflichtung der Leistungserbringer zur Fortbildung schließen die Krankenkassen Verträge mit den Leistungserbringern. Wird die Fortbildung nicht nachgewiesen, sind Vergütungsabschläge vorzusehen. Dem Leistungserbringer ist eine Frist zu setzen, innerhalb derer er die Fortbildung nachholen kann. Erbringt der Leistungserbringer in diesem Zeitraum die Fortbildung nicht, ist der Vertrag zu kündigen. Die Krankenkassen haben darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden. Verträge dürfen nur mit zuverlässigen Leistungserbringern abgeschlossen werden, die die Gewähr für eine leistungsgerechte und wirtschaftliche Versorgung bieten. Die Bezahlung von Gehältern bis zur Höhe tarifvertraglich vereinbarter Vergütungen sowie entsprechender Vergütungen nach kirchlichen Arbeitsrechtsregelungen kann dabei nicht als unwirtschaftlich abgelehnt werden; insoweit gilt § 71 nicht. Der Leistungserbringer ist verpflichtet, die entsprechende Bezahlung der Beschäftigten nach Satz 6 jederzeit einzuhalten und sie auf Verlangen einer Vertragspartei nachzuweisen. Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson innerhalb von drei Monaten festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Bei der Auswahl der Leistungserbringer ist ihrer Vielfalt, insbesondere der Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege, Rechnung zu tragen. Die Leistungserbringer sind verpflichtet, an Qualitäts- und Abrechnungsprüfungen nach § 275b teilzunehmen; § 114 Absatz 2 des Elften Buches bleibt unberührt. Soweit bei einer Prüfung nach § 275b Absatz 1 Satz 1 bis 3 Qualitätsmängel festgestellt werden, entscheiden die Landesverbände der Krankenkassen oder die Krankenkassen nach Anhörung des Leistungserbringers, welche Maßnahmen zu treffen sind, erteilen dem Leistungserbringer hierüber einen Bescheid und setzen ihm darin zugleich eine angemessene Frist zur Beseitigung der festgestellten Mängel. Der Leistungserbringer hat der Krankenkasse anzuzeigen, dass er behandlungspflegerische Leistungen im Sinne des Absatzes 1 Satz 5 erbringt, wenn er diese Leistungen für mindestens zwei Versicherte in einer durch den Leistungserbringer oder einen Dritten organisierten Wohneinheit erbringt. Abweichend von Satz 1 kann die Krankenkasse zur Gewährung von häuslicher Krankenpflege geeignete Personen anstellen.

§ 132b Versorgung mit Psychotherapie

- (1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37a Abs. 2 mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Versorgung mit Psychotherapie schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.
- (2) Im Fall der Nichteinigung wird der Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die vertragschließende Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde innerhalb eines Monats nach Vorliegen der für die Bestimmung der Schiedsperson notwendigen Informationen bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen.

§ 132c Versorgung mit sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen

- (1) Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Personen oder Einrichtungen Verträge über die Erbringung sozialmedizinischer Nachsorgemaßnahmen schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.
- (2) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen legt in Empfehlungen die Anforderungen an die Leistungserbringer der sozialmedizinischen Nachsorgemaßnahmen fest.

§ 132d Spezialisierte ambulante Palliativversorgung

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hospizarbeit und Palliativversorgung auf Bundesebene unter Berücksichtigung der Richtlinien nach § 37b Absatz 3 erstmals bis zum 30. September 2019 einen einheitlichen Rahmenvertrag über die Durchführung der Leistungen nach § 37b. Den besonderen Belangen von Kindern ist durch einen gesonderten Rahmenvertrag Rechnung zu tragen. In den Rahmenverträgen sind die sächlichen und personellen Anforderungen an die Leistungserbringung, Maßnahmen zur Qualitätssicherung und die wesentlichen Elemente der Vergütung festzulegen. Der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Vereinigung der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene sowie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben. Die Rahmenverträge sind in geeigneter Form öffentlich bekannt zu machen. Personen oder Einrichtungen, die die in den Rahmenverträgen festgelegten Voraussetzungen erfüllen, haben Anspruch auf Abschluss eines zur Versorgung berechtigenden Vertrages mit den Krankenkassen einzeln oder gemeinsam nach Maßgabe des Rahmenvertrages nach Satz 1 oder Satz 2 und unter Wahrung des Gleichbehandlungsgrundsatzes. In dem Vertrag nach Satz 6 werden die Einzelheiten der Versorgung festgelegt. Dabei sind die regionalen Besonderheiten angemessen zu berücksichtigen.
- (2) Im Fall der Nichteinigung wird der Inhalt der Verträge nach Absatz 1 durch eine von den jeweiligen Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festgelegt. Einigen sich die Vertragspartner nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese im Fall der Rahmenverträge nach Absatz 1 Satz 1 oder Satz 2 vom Bundesversicherungsamt und im Fall der Verträge nach Absatz 1 Satz 6 von der für die vertragsschließenden Krankenkassen zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Die Kosten des Schiedsverfahrens tragen die Vertragspartner zu gleichen Teilen. Widerspruch und Klage gegen die Bestimmung der Schiedsperson haben keine aufschiebende Wirkung.
- (3) Krankenkassen können Verträge, die eine ambulante Palliativversorgung und die spezialisierte ambulante Palliativversorgung umfassen, auch auf Grundlage der §§ 73b oder 140a abschließen. Die Qualitätsanforderungen in den Rahmenverträgen nach Absatz 1 und in den Richtlinien nach § 37b Absatz 3 und § 92 Absatz 7 Satz 1 Nummer 5 gelten entsprechend.

§ 132h Versorgungsverträge mit Kurzzeitpflegeeinrichtungen

Die Krankenkassen oder die Landesverbände der Krankenkassen können mit geeigneten Einrichtungen Verträge über die Erbringung von Kurzzeitpflege nach § 39c schließen, soweit dies für eine bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist.

§ 134 Vereinbarung zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen und den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen über Vergütungsbeträge; Verordnungsermächtigung

- (1) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen vereinbart mit den Herstellern digitaler Gesundheitsanwendungen mit Wirkung für alle Krankenkassen Vergütungsbeträge für digitale Gesundheitsanwendungen. Die Vergütungsbeträge gelten nach dem ersten Jahr nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e unabhängig davon, ob die Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e Absatz 3 dauerhaft oder nach § 139e Absatz 4 zur Erprobung erfolgt. Gegenstand der Vereinbarungen sollen auch erfolgsabhängige Preisbestandteile sein. Die Hersteller übermitteln dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen
 1. die Nachweise nach § 139e Absatz 2 und die Ergebnisse einer Erprobung nach § 139e Absatz 4 sowie
 2. die Angaben zur Höhe des tatsächlichen Vergütungsbetrags bei Abgabe an Selbstzahler und in anderen europäischen Ländern.

Die Verhandlungen und deren Vorbereitung einschließlich der Beratungsunterlagen und Niederschriften zur Vereinbarung des Vergütungsbetrags sind vertraulich. Eine Vereinbarung nach diesem Absatz kann

von einer Vertragspartei frühestens nach einem Jahr gekündigt werden. Die bisherige Vereinbarung gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort.

- (2) Kommt eine Vereinbarung nach Absatz 1 nicht innerhalb von neun Monaten nach Aufnahme der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen nach § 139e zustande, setzt die Schiedsstelle nach Absatz 3 innerhalb von drei Monaten die Vergütungsbeträge fest. Wenn durch eine Verzögerung des Schiedsverfahrens die Festlegung der Vergütungsbeträge durch die Schiedsstelle nicht innerhalb von drei Monaten erfolgt, ist von der Schiedsstelle ein Ausgleich der Differenz zwischen dem Abgabepreis nach Absatz 5 und dem festgesetzten Vergütungsbetrag für den Zeitraum nach Ablauf der drei Monate nach Satz 1 bis zur Festsetzung des Vergütungsbetrags vorzusehen. Die Schiedsstelle entscheidet unter freier Würdigung aller Umstände des Einzelfalls und berücksichtigt dabei die Besonderheiten des jeweiligen Anwendungsgebietes. Die Schiedsstelle gibt dem Verband der Privaten Krankenversicherung vor ihrer Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme. Absatz 1 Satz 4 gilt entsprechend. Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle haben keine aufschiebende Wirkung. Ein Vorverfahren findet nicht statt. Frühestens ein Jahr nach Festsetzung der Vergütungsbeträge durch die Schiedsstelle können die Vertragsparteien eine neue Vereinbarung über die Vergütungsbeträge nach Absatz 1 schließen. Der Schiedsspruch gilt bis zum Wirksamwerden einer neuen Vereinbarung fort.
- (2a) Wird eine digitale Gesundheitsanwendung nach Abschluss der Erprobung gemäß § 139e Absatz 4 Satz 6 in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen, erfolgt die Festsetzung des Vergütungsbetrags für die aufgenommene digitale Gesundheitsanwendung durch die Schiedsstelle abweichend von Absatz 2 Satz 1 innerhalb von drei Monaten nach Ablauf des dritten auf die Entscheidung des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte nach § 139e Absatz 4 Satz 6 folgenden Monats, wenn eine Vereinbarung nach Absatz 1 in dieser Zeit nicht zustande gekommen ist.
- (3) Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen und die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildeten maßgeblichen Spitzenorganisationen der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen auf Bundesebene bilden eine gemeinsame Schiedsstelle. Sie besteht aus einem unparteiischen Vorsitzenden und zwei weiteren unparteiischen Mitgliedern sowie aus jeweils zwei Vertretern der Krankenkassen und der Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen. Für die unparteiischen Mitglieder sind Stellvertreter zu benennen. Über den Vorsitzenden und die zwei weiteren unparteiischen Mitglieder sowie deren Stellvertreter sollen sich die Verbände nach Satz 1 einigen. Kommt eine Einigung nicht zustande, erfolgt eine Bestellung des unparteiischen Vorsitzenden, der weiteren unparteiischen Mitglieder und deren Stellvertreter durch das Bundesministerium für Gesundheit, nachdem es den Vertragsparteien eine Frist zur Einigung gesetzt hat und diese Frist abgelaufen ist. Die Mitglieder der Schiedsstelle führen ihr Amt als Ehrenamt. Sie sind an Weisungen nicht gebunden. Jedes Mitglied hat eine Stimme. Die Entscheidungen werden mit der Mehrheit der Stimmen der Mitglieder getroffen. Ergibt sich keine Mehrheit, gibt die Stimme des Vorsitzenden den Ausschlag. Das Bundesministerium für Gesundheit kann an der Beratung und Beschlussfassung der Schiedsstelle teilnehmen. Die Patientenorganisationen nach § 140f können beratend an den Sitzungen der Schiedsstelle teilnehmen. Die Schiedsstelle gibt sich eine Geschäftsordnung. Über die Geschäftsordnung entscheiden die unparteiischen Mitglieder im Benehmen mit den Verbänden nach Satz 1. Die Geschäftsordnung bedarf der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit. Die Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsstelle führt das Bundesministerium für Gesundheit. Das Nähere regelt die Rechtsverordnung nach § 139e Absatz 9 Nummer 7.
- (4) Die Verbände nach Absatz 3 Satz 1 treffen eine Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe für die Vereinbarungen der Vergütungsbeträge. Bei der Rahmenvereinbarung über die Maßstäbe ist zu berücksichtigen, ob und inwieweit der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach § 139e Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 erbracht ist. Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht zustande, setzen die unparteiischen Mitglieder der Schiedsstelle nach Absatz 3 die Rahmenvereinbarung im Benehmen mit den Verbänden auf Antrag einer Vertragspartei nach Absatz 3 Satz 1 fest. Kommt eine Rahmenvereinbarung nicht innerhalb einer vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Satz 3 entsprechend. Absatz 2 Satz 4, 6, 7 und 9 gilt mit der Maßgabe, dass die unparteiischen Mitglieder Festsetzungen zu der Rahmenvereinbarung innerhalb von drei Monaten treffen, entsprechend.
- (5) Bis zur Festlegung der Vergütungsbeträge nach Absatz 1 gelten die tatsächlichen Preise der Hersteller von digitalen Gesundheitsanwendungen. In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 ist das Nähere zu der Ermittlung der tatsächlichen Preise der Hersteller zu regeln. In der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 kann auch Folgendes festgelegt werden:
 1. Schwellenwerte für Vergütungsbeträge, unterhalb derer eine dauerhafte Vergütung ohne Vereinbarung nach Absatz 1 erfolgt, und
 2. Höchstbeträge für die vorübergehende Vergütung nach Satz 1 für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen, auch in Abhängigkeit vom Umfang der Leistungsanspruchnahme durch Versicherte.

Höchstbeträge nach Satz 3 Nummer 2 müssen für Gruppen vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen auch in Abhängigkeit davon festgelegt werden, ob und inwieweit der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach § 139e Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 bereits erbracht ist. Die nach Satz 3 Nummer 2 für den Fall der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen zur Erprobung nach § 139e Absatz 4 zu vereinbarenden Höchstpreise müssen dabei geringer sein als bei einer unmittelbaren dauerhaften Aufnahme nach § 139e Absatz 2 und 3. Werden in der Rahmenvereinbarung nach Absatz 4 für eine Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen keine Höchstbeträge nach Satz 3 Nummer 2 festgelegt, kann das Bundesministerium für Gesundheit den Verbänden nach Absatz 3 Satz 1 eine Frist von drei Monaten zur Festlegung von Höchstbeträgen nach Satz 3 Nummer 2 für diese Gruppe vergleichbarer digitaler Gesundheitsanwendungen setzen. Kommt eine Festlegung von Höchstbeträgen nach Satz 6 nicht in der vom Bundesministerium für Gesundheit gesetzten Frist zustande, gilt Absatz 4 Satz 3 entsprechend.

§ 139e Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen; Verordnungsermächtigung

- (1) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte führt ein Verzeichnis erstattungsfähiger digitaler Gesundheitsanwendungen nach § 33a. Das Verzeichnis ist nach Gruppen von digitalen Gesundheitsanwendungen zu strukturieren, die in ihren Funktionen und Anwendungsbereichen vergleichbar sind. Das Verzeichnis und seine Änderungen sind vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte im Bundesanzeiger bekannt zu machen und im Internet zu veröffentlichen.
- (2) Die Aufnahme in das Verzeichnis erfolgt auf elektronischen Antrag des Herstellers beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. Der Hersteller hat dem Antrag Nachweise darüber beizufügen, dass die digitale Gesundheitsanwendung
 1. den Anforderungen an Sicherheit, Funktionstauglichkeit und Qualität einschließlich der Interoperabilität des Medizinproduktes entspricht,
 2. den Anforderungen an den Datenschutz entspricht und die Datensicherheit nach dem Stand der Technik gewährleistet und
 3. positive Versorgungseffekte aufweist.

Ein positiver Versorgungseffekt nach Satz 2 Nummer 3 ist entweder ein medizinischer Nutzen oder eine patientenrelevante Struktur- und Verfahrensverbesserung in der Versorgung. Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Antragsformulare für seinen Antrag zu verwenden.

- (3) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über den Antrag des Herstellers innerhalb von drei Monaten nach Eingang der vollständigen Antragsunterlagen durch Bescheid. Die Entscheidung umfasst auch die Bestimmung der ärztlichen Leistungen, der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Leistungen der Hebammenhilfe, die jeweils zur Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung erforderlich sind, sowie die Bestimmung der Daten aus Hilfsmitteln und Implantaten, die nach § 374a von der digitalen Gesundheitsanwendung verarbeitet werden. Legt der Hersteller unvollständige Antragsunterlagen vor, hat ihn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte aufzufordern, den Antrag innerhalb einer Frist von drei Monaten zu ergänzen. Liegen nach Ablauf der Frist keine vollständigen Antragsunterlagen vor und hat der Hersteller keine Erprobung nach Absatz 4 beantragt, ist der Antrag abzulehnen.
- (4) Ist dem Hersteller der Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 noch nicht möglich, kann er nach Absatz 2 auch beantragen, dass die digitale Gesundheitsanwendung für bis zu zwölf Monate in das Verzeichnis zur Erprobung aufgenommen wird. Der Hersteller hat dem Antrag neben den Nachweisen nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 1 und 2 eine plausible Begründung des Beitrags der digitalen Gesundheitsanwendung zur Verbesserung der Versorgung und ein von einer herstellerunabhängigen Institution erstelltes wissenschaftliches Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte beizufügen. Im Bescheid nach Absatz 3 Satz 1 hat das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Hersteller zum Nachweis der positiven Versorgungseffekte zu verpflichten und das Nähere zu den entsprechenden erforderlichen Nachweisen, einschließlich der zur Erprobung erforderlichen ärztlichen Leistungen oder der Leistungen der Heilmittelerbringer oder der Hebammen, zu bestimmen. Die Erprobung und deren Dauer sind im Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen kenntlich zu machen. Der Hersteller hat dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte spätestens nach Ablauf des Erprobungszeitraums die Nachweise für positive Versorgungseffekte der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung vorzulegen. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet über die endgültige Aufnahme der erprobten digitalen Gesundheitsanwendung innerhalb von drei Mona-

ten nach Eingang der vollständigen Nachweise durch Bescheid. Sind positive Versorgungseffekte nicht hinreichend belegt, besteht aber aufgrund der vorgelegten Erprobungsergebnisse eine überwiegende Wahrscheinlichkeit einer späteren Nachweisführung, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte den Zeitraum der vorläufigen Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung um bis zu zwölf Monate verlängern. Lehnt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte eine endgültige Aufnahme in das Verzeichnis ab, so hat es die zur Erprobung vorläufig aufgenommene digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen. Eine erneute Antragstellung nach Absatz 2 ist frühestens zwölf Monate nach dem ablehnenden Bescheid des Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und auch nur dann zulässig, wenn neue Nachweise für positive Versorgungseffekte vorgelegt werden. Eine wiederholte vorläufige Aufnahme in das Verzeichnis zur Erprobung ist nicht zulässig.

- (5) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte informiert die Vertragspartner nach § 87 Absatz 1 zeitgleich mit der Aufnahme digitaler Gesundheitsanwendungen in das Verzeichnis über die ärztlichen Leistungen, die als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt wurden. Wurde eine Leistung eines Heilmittelerbringers oder einer Hebamme als erforderlich für die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung oder für deren Erprobung bestimmt, informiert das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die Vertragspartner nach § 125 Absatz 1 oder § 134a Absatz 1 über diese Leistung.
- (6) Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen, die in das Verzeichnis aufgenommen wurden, sind verpflichtet, dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte unverzüglich anzuzeigen,
 1. dass sie wesentliche Veränderungen an den digitalen Gesundheitsanwendungen vorgenommen haben oder
 2. dass Änderungen an den im Verzeichnis veröffentlichten Informationen notwendig sind.

Der Hersteller hat die nach Absatz 8 Satz 1 veröffentlichten Anzeigeformulare für seine Anzeigen zu verwenden. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte entscheidet innerhalb von drei Monaten nach der Anzeige durch Bescheid darüber, ob das Verzeichnis anzupassen ist oder ob die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen ist. Erlangt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis von anzeigepflichtigen Veränderungen einer digitalen Gesundheitsanwendung, so hat es dem jeweiligen Hersteller eine Frist zur Anzeige zu setzen, die in der Regel nicht mehr als vier Wochen betragen darf. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann dem Hersteller gleichzeitig ein Zwangsgeld von bis zu 100 000 Euro androhen und dieses Zwangsgeld im Falle der Nichteinhaltung der Frist zur Anzeige festsetzen. Kommt der Hersteller der Aufforderung zur Anzeige wesentlicher Veränderungen nicht innerhalb der gesetzten Frist nach, kann das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte die digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis streichen. Der Hersteller ist verpflichtet, Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung zu dokumentieren. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte kann die Vorlage der Dokumentation verlangen, wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte Kenntnis davon erhält, dass der Hersteller der Anzeigepflicht nach Satz 1 nicht nachgekommen ist. Auf Antrag des Herstellers ist eine digitale Gesundheitsanwendung aus dem Verzeichnis zu streichen.

- (7) Die Kosten des Verwaltungsverfahrens nach den Absätzen 2, 3, 4 und 6, einschließlich des Widerspruchsverfahrens gegen einen auf Grund dieser Vorschriften erlassenen Verwaltungsakt oder gegen die auf Grund der Rechtsverordnung nach Absatz 9 erfolgte Festsetzung von Gebühren und Auslagen, trägt der Hersteller. Die Verwaltungskosten werden nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben. Kosten für individuell zurechenbare öffentliche Leistungen, die nicht in die Gebühren einbezogen sind, werden als Auslagen gesondert in der tatsächlich entstandenen Höhe erhoben. Für die Erhebung der Gebühren und Auslagen durch das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte gelten die §§ 13 bis 21 des Bundesgebührengesetzes entsprechend.
- (8) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte veröffentlicht im Internet einen Leitfaden zu Antrags- und Anzeigeverfahren sowie elektronische Formulare für vollständige Antrags- und Anzeigeunterlagen in deutscher und englischer Sprache. Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte berät die Hersteller digitaler Gesundheitsanwendungen zu den Antrags- und Anzeigeverfahren sowie zu den Voraussetzungen, die erfüllt sein müssen, damit die Versorgung mit der jeweiligen digitalen Gesundheitsanwendung nach § 33a zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden kann. Für die Beratung können Gebühren nach pauschalierten Gebührensätzen erhoben werden; Absatz 7 Satz 4 gilt entsprechend.

- (9) Das Bundesministerium für Gesundheit wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung ohne Zustimmung des Bundesrates das Nähere zu regeln zu
1. Den Inhalten des Verzeichnisses, dessen Veröffentlichung, der Interoperabilität des elektronischen Verzeichnisses mit elektronischen Transparenzportalen Dritter und der Nutzung der Inhalte des Verzeichnisses durch Dritte.
 2. den nach Absatz 2 Satz 2 nachzuweisenden Anforderungen, einschließlich der Anforderungen an die Interoperabilität und die Erfüllung der Verpflichtung zur Integration von Schnittstellen, sowie zu den positiven Versorgungseffekten,
 3. den nach Absatz 4 Satz 2 zu begründenden Versorgungsverbesserungen und zu dem nach Absatz 4 Satz 2 beizufügenden Evaluationskonzept zum Nachweis positiver Versorgungseffekte,
 4. den nach Absatz 6 Satz 1 anzeigepflichtigen Veränderungen und der Verpflichtung der Hersteller zur Dokumentation der Vornahme von Veränderungen an der digitalen Gesundheitsanwendung nach Absatz 6 Satz 7,
 5. den Einzelheiten der Antrags- und Anzeigeverfahren und des Formularwesens beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte,
 6. den Gebühren und Gebührensätzen für die von den Herstellern zu tragenden Kosten sowie den Auslagen nach den Absätzen 7 und 8 Satz 3,
 7. der Bestellung der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, der Erstattung der baren Auslagen und der Entschädigung für den Zeitaufwand der Mitglieder der Schiedsstelle nach § 134, dem Verfahren, dem Teilnahmerecht des Bundesministeriums für Gesundheit und der Patientenorganisationen nach § 140f an den Sitzungen der Schiedsstelle nach § 134 sowie der Verteilung der Kosten.

Die Regelungen nach Satz 1 Nummer 2 und 3 erfolgen unter Berücksichtigung der Grundsätze der evidenzbasierten Medizin.

- (10) Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik legt im Einvernehmen mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte und im Benehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit erstmals bis zum 31. Dezember 2021 und dann in der Regel jährlich die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an die Datensicherheit nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik bietet ab dem 1. Juni 2022 Verfahren zur Prüfung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 sowie Verfahren zur Bestätigung der Einhaltung der Anforderungen nach Satz 1 durch entsprechende Zertifikate an. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an die Datensicherheit durch den Hersteller ist spätestens ab dem 1. Januar 2023 unter Vorlage eines Zertifikates nach Satz 2 zu führen.
- (11) Das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte legt im Einvernehmen mit der oder dem Bundesbeauftragten für den Datenschutz und die Informationsfreiheit und im Benehmen mit dem Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik erstmals bis zum 31. März 2022 und dann in der Regel jährlich die Prüfkriterien für die von digitalen Gesundheitsanwendungen nachzuweisenden Anforderungen an den Datenschutz nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 2 fest. Der Nachweis der Erfüllung der Anforderungen an den Datenschutz durch den Hersteller ist ab dem 1. April 2023 durch Vorlage eines anhand der Prüfkriterien nach Satz 1 ausgestellten Zertifikates nach Artikel 42 der Verordnung (EU) 2016/679 zu führen.
- (12) In das Verzeichnis nach Absatz 1 können auch digitale Gesundheitsanwendungen aufgenommen werden, die durch die Träger der Rentenversicherung als Leistungen zur Teilhabe nach dem Sechsten Buch erbracht werden. Die Absätze 1 bis 4a und 6 bis 10 gelten entsprechend mit der Maßgabe, dass für digitale Gesundheitsanwendungen nach Satz 1 neben dem Nachweis positiver Versorgungseffekte nach Absatz 2 Satz 2 Nummer 3 zusätzlich der Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit zu führen ist. Nähere Regelungen zu dem zusätzlichen Nachweis des Erhalts der Erwerbsfähigkeit durch Rechtsverordnung des Bundesministeriums für Gesundheit nach Absatz 9 Satz 1 bedürfen des Einvernehmens mit dem Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Durch die Regelungen in den Sätzen 1 und 2 werden keine Leistungsverpflichtungen für die Krankenkassen begründet.

§ 257 Beitragszuschüsse für Beschäftigte [in der bis 31.12.2008 geltenden Fassung]

- (2 a) Der Zuschuss nach Absatz 2 wird ab 1. Juli 1994 für eine private Krankenversicherung nur gezahlt, wenn das Versicherungsunternehmen
1. diese Krankenversicherung nach Art der Lebensversicherung betreibt,
 2. sich verpflichtet, für versicherte Personen, die das 65. Lebensjahr vollendet haben und die über eine Vorversicherungszeit von mindestens zehn Jahren in einem substitutiven Versicherungsschutz (§ 12 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes) verfügen oder die das 55. Lebensjahr vollendet haben, deren jährliches Gesamteinkommen (§ 16 des Vierten Buches) die Jahresarbeitsentgeltgrenze (§ 6 Abs. 1 Nr. 1) nicht übersteigt und über diese Vorversicherungszeit verfügen, einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag für Einzelpersonen den durchschnittlichen Höchstbeitrag der gesetzlichen Krankenversicherung und für Ehegatten oder Lebenspartner insgesamt 150 vom Hundert des durchschnittlichen Höchstbeitrages der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigt, sofern das jährliche Gesamteinkommen der Ehegatten oder Lebenspartner die Jahresarbeitsentgeltgrenze nicht übersteigt,
 - a sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen auch Personen, die das 55. Lebensjahr nicht vollendet haben, anzubieten, die die Voraussetzungen für den Anspruch auf eine Rente der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen und diese Rente beantragt haben oder die ein Ruhegehalt nach beamtenrechtlichen oder vergleichbaren Vorschriften beziehen; dies gilt auch für Familienangehörige, die bei Versicherungspflicht des Versicherungsnehmers nach § 10 familienversichert wären,
 - b sich verpflichtet, auch versicherten Personen, die nach beamtenrechtlichen Vorschriften oder Grundsätzen bei Krankheit Anspruch auf Beihilfe haben, sowie deren berücksichtigungsfähigen Angehörigen unter den in Nummer 2 genannten Voraussetzungen einen brancheneinheitlichen Standardtarif anzubieten, dessen die Beihilfe ergänzende Vertragsleistungen den Leistungen dieses Buches bei Krankheit jeweils vergleichbar sind und dessen Beitrag sich aus der Anwendung des durch den Beihilfesatz nicht gedeckten Vom-Hundert-Anteils auf den in Nummer 2 genannten Höchstbeitrag ergibt,
 - c sich verpflichtet, den brancheneinheitlichen Standardtarif unter den in Nummer 2 b genannten Voraussetzungen ohne Berücksichtigung der Vorversicherungszeit, der Altersgrenze und des Gesamteinkommens ohne Risikozuschlag auch Personen anzubieten, die nach allgemeinen Aufnahmeregeln aus Risikogründen nicht oder nur zu ungünstigen Konditionen versichert werden könnten, wenn sie das Angebot innerhalb der ersten sechs Monate nach der Feststellung der Behinderung oder der Berufung in das Beamtenverhältnis oder bis zum 31. Dezember 2000 annehmen,
 3. sich verpflichtet, den überwiegenden Teil der Überschüsse, die sich aus dem selbst abgeschlossenen Versicherungsgeschäft ergeben, zugunsten der Versicherten zu verwenden,
 4. vertraglich auf das ordentliche Kündigungsrecht verzichtet und
 5. die Krankenversicherung nicht zusammen mit anderen Versicherungssparten betreibt oder, wenn das Versicherungsunternehmen seinen Sitz in einem anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union hat, den Teil der Prämien, für den Beschäftigte einen Zuschuss nach Absatz 2 erhalten, nur für die Krankenversicherung verwendet.

Der nach Satz 1 Nr. 2 maßgebliche durchschnittliche Höchstbetrag der gesetzlichen Krankenversicherung ist jeweils zum 1. Januar nach dem durchschnittlichen allgemeinen Beitragssatz der Krankenkassen vom 1. Januar des Vorjahres (§ 245) und der Beitragsbemessungsgrenze (§ 223 Abs. 3) zu errechnen. Der Versicherungsnehmer hat dem Arbeitgeber jeweils nach Ablauf von drei Jahren eine Bescheinigung des Versicherungsunternehmens darüber vorzulegen, dass die Aufsichtsbehörde dem Versicherungsunternehmen bestätigt hat, dass es die Versicherung, die Grundlage des Versicherungsvertrages ist, nach den in Satz 1 genannten Voraussetzungen betreibt.

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch – Elftes Buch (SGB XI) Soziale Pflegeversicherung

§ 42 Kurzzeitpflege

- (2) Der Anspruch auf Kurzzeitpflege ist auf acht Wochen pro Kalenderjahr beschränkt. Die Pflegekasse übernimmt die pflegebedingten Aufwendungen einschließlich der Aufwendungen für Betreuung sowie die Aufwendungen für Leistungen der medizinischen Behandlungspflege bis zu dem Gesamtbetrag von 1.612 Euro im Kalenderjahr. Der Leistungsbetrag nach Satz 2 kann um bis zu 1.612 Euro aus noch nicht in Anspruch genommenen Mitteln der Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 auf insgesamt bis zu 3.224 Euro im Kalenderjahr erhöht werden. Der für die Kurzzeitpflege in Anspruch genommene Erhöhungsbetrag wird auf den Leistungsbetrag für eine Verhinderungspflege nach § 39 Absatz 1 Satz 3 angerechnet.

Auszug aus der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ)

§ 2 Abweichende Vereinbarung

- (1) Durch Vereinbarung kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Für Leistungen nach § 5a ist eine Vereinbarung nach Satz 1 ausgeschlossen. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Abs. 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwerts (§ 5 Abs. 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Arzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Arztes in einem Schriftstück zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem Steigerungssatz und dem vereinbarten Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Arzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Für Leistungen nach den Abschnitten A, E, M und O ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 unzulässig. Im Übrigen ist bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären wahlärztlichen Leistungen eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlarzt höchstpersönlich erbrachte Leistungen zulässig.

Auszug aus der Gebührenordnung für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (GOP)

§ 1

- (1) Die Vergütungen für die beruflichen Leistungen der Psychologischen Psychotherapeuten und der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Sinne von § 1 Abs. 3 des Psychotherapeutengesetzes richten sich nach der Gebührenordnung für Ärzte in der Fassung der Bekanntmachung vom 9. Februar 1996 (BGBl. I S. 210), geändert durch Artikel 17 des Gesetzes vom 22. Dezember 1999 (BGBl. I S. 2626), soweit nicht durch Bundesgesetz etwas anderes bestimmt ist.
- (2) Vergütungen nach Absatz 1 sind nur für Leistungen berechnungsfähig, die in den Abschnitten B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte aufgeführt sind. § 6 Abs. 2 der Gebührenordnung für Ärzte gilt mit der Maßgabe, dass psychotherapeutische Leistungen, die nicht im Gebührenverzeichnis der Gebührenordnung für Ärzte enthalten sind, entsprechend einer nach Art, Kosten- und Zeitaufwand gleichwertigen Leistung der Abschnitte B und G des Gebührenverzeichnisses der Gebührenordnung für Ärzte berechnet werden können.

Auszug aus der Gebührenordnung für Zahnärzte (GOZ)

§ 2 Abweichende Vereinbarung

- (1) Durch Vereinbarung zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem kann eine von dieser Verordnung abweichende Gebührenhöhe festgelegt werden. Die Vereinbarung einer abweichenden Punktzahl (§ 5 Absatz 1 Satz 2) oder eines abweichenden Punktwertes (§ 5 Absatz 1 Satz 3) ist nicht zulässig. Notfall- und akute Schmerzbehandlungen dürfen nicht von einer Vereinbarung nach Satz 1 abhängig gemacht werden.
- (2) Eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 ist nach persönlicher Absprache im Einzelfall zwischen Zahnarzt und Zahlungspflichtigem vor Erbringung der Leistung des Zahnarztes schriftlich zu treffen. Dieses muss neben der Nummer und der Bezeichnung der Leistung, dem vereinbarten Steigerungssatz und dem sich daraus ergebenden Betrag auch die Feststellung enthalten, dass eine Erstattung der Vergütung durch Erstattungsstellen möglicherweise nicht in vollem Umfang gewährleistet ist. Weitere Erklärungen darf die Vereinbarung nicht enthalten. Der Zahnarzt hat dem Zahlungspflichtigen einen Abdruck der Vereinbarung auszuhändigen.
- (3) Leistungen nach § 1 Absatz 2 Satz 2 und ihre Vergütung müssen in einem Heil- und Kostenplan schriftlich vereinbart werden. Der Heil- und Kostenplan muss vor Erbringung der Leistung erstellt werden; er muss die einzelnen Leistungen und Vergütungen sowie die Feststellung enthalten, dass es sich um Leistungen auf Verlangen handelt und eine Erstattung möglicherweise nicht gewährleistet ist. § 6 Absatz 1 bleibt unberührt.
- (4) Bei vollstationären, teilstationären sowie vor- und nachstationären privat Zahnärztlichen Leistungen ist eine Vereinbarung nach Absatz 1 Satz 1 nur für vom Wahlzahnarzt persönlich erbrachte Leistungen zulässig.

Satzung

Continentale Krankenversicherung a.G. · Ruhrallee 92 · 44139 Dortmund

Stand: Oktober 2022

§ 1 Name, Sitz, Geschäftsgebiet

1. Das Unternehmen führt den Namen Continentale Krankenversicherung a.G.
2. Das Unternehmen hat seinen Sitz in Dortmund.
3. Geschäftsgebiet ist das In- und Ausland.

§ 2 Gegenstand des Unternehmens

1. Das Unternehmen ist ein Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit, der mittelbar und unmittelbar die Krankenversicherung in allen ihren Arten betreibt. Das Unternehmen übernimmt auch die Versicherung für Nichtmitglieder gegen feste Entgelte bis zu einem Zehntel seiner Beitragseinnahmen.
2. Das Unternehmen ist berechtigt, alle Geschäfte durchzuführen, die nach dem Versicherungsaufsichtsgesetz zulässig sind. Es ist insoweit berechtigt, sich an anderen Unternehmen im In- und Ausland zu beteiligen.

§ 3 Mitgliedschaft

1. Mitglieder des Vereins werden
 - a) alle Personen, die einen Versicherungsvertrag mit dem Verein abschließen, sofern sie nicht schon Mitglied sind; die Mitgliedschaft beginnt mit dem Inkrafttreten des Versicherungsvertrages;
und
 - b) alle Personen, sofern sie nicht schon aufgrund lit. a) Mitglied sind, die im Falle der Verschmelzung eines anderen Versicherungsvereins auf den Verein im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins sind.
2. Die Mitgliedschaft erlischt - je nachdem, was als Letztes eintritt -,
entweder
 - a) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds mit dem Verein
oder
 - b) mit der Beendigung des letzten Versicherungsvertrages des Mitglieds, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat,
oder
 - c) wenn für das Mitglied bei keinem Versicherungsunternehmen, das mit dem Verein gem. §§ 15 ff. AktG verbunden ist, ein Versicherungsvertrag mehr besteht, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins beim übertragenden Versicherungsverein bereits bestanden hat.
3. Die Mitglieder haben wiederkehrende Beiträge nach Maßgabe der Allgemeinen Versicherungsbedingungen zu entrichten. Zu Nachschüssen sind sie nicht verpflichtet. Die Versicherungsansprüche dürfen nicht gekürzt werden. Die Mitglieder, deren Mitgliedschaft ausschließlich nach Nr. 1 lit. b) besteht, sind von der vorgenannten Beitragspflicht befreit.
4. Die Rechte der Mitglieder werden durch Mitgliedervertreter in der Mitgliedervertreterversammlung ausgeübt.

§ 4 Bekanntmachungen

Bekanntmachungen des Unternehmens erfolgen im elektronischen Bundesanzeiger.

§ 5 Geschäftsjahr

Das Geschäftsjahr ist das Kalenderjahr.

§ 6 Vorstand

1. Der Vorstand besteht aus mindestens zwei Personen. Im Übrigen bestimmt der Aufsichtsrat die Zahl der Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat kann ein Mitglied des Vorstandes zum Vorstandsvorsitzenden ernennen.

§ 7 Vertretung des Unternehmens

Das Unternehmen wird durch zwei Vorstandsmitglieder oder durch ein Vorstandsmitglied in Gemeinschaft mit einem Prokuristen vertreten.

§ 8 Geschäftsführung

Der Vorstand führt in eigener Verantwortung die Geschäfte des Unternehmens nach Maßgabe der Gesetze, der Satzung und der Geschäftsordnung, die der Aufsichtsrat erlässt.

§ 9 Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat besteht aus neun Mitgliedern.
2. Die Wahl der Aufsichtsratsmitglieder erfolgt für die Zeit bis zur Beendigung der Mitgliederversammlung, die über die Entlastung für das vierte Geschäftsjahr nach dem Beginn der Amtszeit beschließt. Das Geschäftsjahr, in dem die Amtszeit beginnt, wird nicht mitgerechnet.
3. Die Wiederwahl ausscheidender Aufsichtsratsmitglieder ist zulässig.
4. Scheidet ein Aufsichtsratsmitglied vor Ablauf seiner Amtszeit aus, so ist ein Nachfolger nur für die restliche Amtszeit des ausgeschiedenen Mitgliedes zu wählen.

§ 10 Aufgaben des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat bestellt die Mitglieder des Vorstandes.
2. Der Aufsichtsrat stellt den Jahresabschluss fest und erteilt dem Abschlussprüfer den Prüfungsauftrag.
3. Der Aufsichtsrat bestellt und entlässt den Verantwortlichen Aktuar.
4. Der Aufsichtsrat überwacht die Geschäftsführung nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen. Seiner vorherigen Zustimmung bedürfen:
 - a) Kapitalanlagen, die durch ihren Gegenstand, ihren Umfang oder das mit ihnen verbundene Risiko von besonderer Bedeutung sind,
 - b) die Bestellung von Prokuristen und
 - c) die Einführung und Änderung Allgemeiner Versicherungsbedingungen.
5. Der Aufsichtsrat kann bestimmte Aufgaben Ausschüssen übertragen.
6. Der Aufsichtsrat ist berechtigt, Änderungen der Satzung zu beschließen, welche nur deren Fassung betreffen oder welche die Aufsichtsbehörde verlangt, bevor sie den Änderungsbeschluss der Mitgliederversammlung genehmigt.

§ 11 Vorsitz im Aufsichtsrat

1. Der Aufsichtsrat wählt für die Dauer der Amtszeit aus seiner Mitte einen Vorsitzenden und dessen Stellvertreter.
2. Scheidet der Vorsitzende oder sein Stellvertreter aus, so hat der Aufsichtsrat unverzüglich eine Neuwahl vorzunehmen.
3. Der Vorsitzende des Aufsichtsrates leitet die Aufsichtsratssitzungen, bei Verhinderung sein Stellvertreter.

§ 12 Einberufung des Aufsichtsrates

1. Der Vorsitzende oder im Verhinderungsfall sein Stellvertreter beruft den Aufsichtsrat schriftlich, telegrafisch, mündlich, fernmündlich oder per E-Mail ein, so oft die Geschäfte es erfordern oder wenn es unter Angabe des Zwecks und der Gründe von einem Mitglied oder vom Vorstand verlangt wird, mindestens jedoch einmal pro Kalenderhalbjahr.
2. Wird dem Verlangen nicht entsprochen, so kann das Mitglied oder der Vorstand unter Mitteilung des Sachverhalts und der Angabe einer Tagesordnung selbst den Aufsichtsrat einberufen.
3. Sind Vorsitzender und Stellvertreter verhindert, so wird der Aufsichtsrat von dem nach Lebensjahren ältesten Aufsichtsratsmitglied einberufen.

§ 13 Beschlüsse des Aufsichtsrates

1. Der Aufsichtsrat ist beschlussfähig, wenn sämtliche Mitglieder ordnungsgemäß eingeladen sind und mindestens zwei Drittel der Mitglieder, darunter der Vorsitzende oder sein Stellvertreter, an der Beschlussfassung teilnehmen.
2. Die Beschlüsse werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Stimmgleichheit entscheidet die Stimme des Vorsitzenden bzw. bei dessen Abwesenheit die seines Stellvertreters.
3. Schriftlich, telegrafisch, fernmündlich oder per E-Mail gefasste Beschlüsse des Aufsichtsrates oder eines Ausschusses sind nur zulässig, wenn kein Mitglied diesem Verfahren widerspricht.

§ 14 Niederschrift über die Aufsichtsratssitzung

Über die Aufsichtsratssitzungen sind Niederschriften anzufertigen, die der Vorsitzende zu unterschreiben hat.

§ 15 Mitgliederversammlung

1. Die Mitgliederversammlung ist das oberste Organ des Unternehmens. Sie besteht aus fünfzehn bis fünfundzwanzig volljährigen Vereinsmitgliedern, die in keinem Dienstverhältnis zum Unternehmen stehen.
In Fällen des § 15a Nr. 1 der Satzung kann auch eine größere Anzahl Mitgliederversammlungsmitglieder angehören. Die Amtszeit beträgt sechs Jahre, Wiederwahl ist zulässig.
2. Das Amt als Mitgliederversammlungsmitglied erlischt durch freiwilligen Rücktritt. Es erlischt ferner, wenn die persönlichen Voraussetzungen der Wählbarkeit gemäß § 15 Nr. 1 der Satzung wegfallen oder durch einen mit einfacher Mehrheit gefassten Beschluss der Mitgliederversammlung.
3. Scheidet ein Mitgliederversammlungsmitglied aus und wird dadurch die Mindestzahl von fünfzehn Mitgliederversammlungsmitgliedern unterschritten, so ist von der nächsten ordentlichen Mitgliederversammlung eine neue Ergänzungswahl vorzunehmen.
4. Die ordentliche Mitgliederversammlung findet in den ersten acht Monaten des Geschäftsjahres am Sitz der Gesellschaft oder in München statt.

§ 15a Weitere Mitgliederversammlungsmitglieder und Doppelrepräsentanten

1. Im Fall der Verschmelzung durch Aufnahme eines anderen Versicherungsvereins, in dem zum Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins keine Versicherungsverhältnisse, sondern nur noch die daraus resultierenden Mitgliedschaften vorhanden sind, werden zusätzliche Mitgliederversammlungsmitglieder hinzugewählt („weitere Mitgliederversammlungsmitglieder“). Die weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder sollen auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins repräsentieren. Für die weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus.
 - a) Es sind so viele weitere Mitgliederversammlungsmitglieder hinzuzuwählen, dass das Verhältnis der weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder zu den im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits vorhandenen Mitgliederversammlungsmitgliedern des Vereins dem Verhältnis der verdienten Beiträge für eigene Rechnung des übertragenden Versicherungsvereins zu den verdienten Beiträgen für eigene Rechnung des Vereins entspricht („Mindestzahl“). Zur Bestimmung der verdienten Beiträge für eigene Rechnung ist der jeweils letzte geprüfte Jahresabschluss des übertragenden Versicherungsvereins und des Vereins maßgeblich. Dabei ist die Anzahl der weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder unter Berücksichtigung der Grundsätze der kaufmännischen Rundung zu bestimmen. Dezimalstellen werden in gleicher Weise gerundet.
 - b) Zum weiteren Mitgliederversammlungsmitglied kann nur gewählt werden, wer im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins war. Bei der Wahl der weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder darf die in § 15 Nr. 1 der Satzung enthaltene Höchstzahl an Mitgliederversammlungsmitgliedern zur Erreichung der Mindestzahl gemäß lit. a) überschritten werden. Die weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder werden für eine Amtszeit von längstens 12 Jahren, gerechnet ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins, gewählt. Die Amtszeit der weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder endet bereits früher, wenn ihre Mitgliedschaft gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet.
 - c) Scheidet ein weiterer Mitgliederversammlungsmitglied vor Ablauf der Amtszeit gemäß lit. b) aus, so ist nur dann ein neuer weiterer Mitgliederversammlungsmitglied nachzuwählen, wenn die gemäß lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Wählbar sind nur Personen, die im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins bereits Mitglied des übertragenden Versicherungsvereins waren. Die Amtszeit eines nachgewählten weiteren Mitgliederversammlungsmitglieds endet mit dem Ablauf der Amtszeit der übrigen weiteren Mitgliederversammlungsmitglieder, spätestens aber nach Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins.
2. Jeder Mitgliederversammlungsmitglied des Vereins, der im Zeitpunkt der Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch Mitgliederversammlungsmitglied des übertragenden Versicherungsvereins war, wird zum „Doppelrepräsentanten“. Abweichend von Nr. 1 wird für jeden Doppelrepräsentanten kein weiterer Mitgliederversammlungsmitglied hinzugewählt. Sämtliche Doppelrepräsentanten repräsentieren für die Dauer von 12 Jahren ab Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins auch die Interessen der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins in der Mitgliederversammlung. Dieses Recht endet bereits vor Ablauf von 12 Jahren, wenn die Mitgliedschaft eines Doppelrepräsentanten gemäß § 3 Nr. 2 der Satzung endet. Für die Doppelrepräsentanten gelten die übrigen Regelungen der Satzung entsprechend, sofern in diesem § 15a der Satzung nichts Abweichendes geregelt ist. Die Anwendbarkeit von § 15 Nr. 2 Satz 2, 2. Alt. der Satzung setzt das Vorliegen eines wichtigen Grundes zur Abwahl voraus.

Scheidet vor Ablauf von 12 Jahren nach Eintragung der Verschmelzung in das Handelsregister des Vereins ein Doppelrepräsentant aus, so ist ein weiterer Mitgliedervertreter nachzuwählen, wenn die gemäß Nr. 1 lit. a) ermittelte Mindestzahl durch das Ausscheiden unterschritten wird. Im Übrigen gilt Nr. 1 lit. c) Satz 2 und 3 entsprechend.

3. Zur Wahrung der Rechte der Mitglieder des übertragenden Versicherungsvereins sind bis zum Ablauf der Amtszeit der weiteren Mitgliedervertreter bzw. solange den Doppelrepräsentanten das Recht gemäß Nr. 2 Satz 3 zusteht, sämtliche Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung, die mindestens einer Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen bedürfen, nur dann wirksam, wenn mehr als ein Viertel der bei der Beschlussfassung anwesenden weiteren Mitgliedervertreter und/oder Doppelrepräsentanten dem jeweiligen Beschluss zugestimmt hat.

§ 16 Aufgaben der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung nimmt den Jahresabschluss, den Lagebericht des Vorstandes und den Bericht des Aufsichtsrates sowie den Konzernabschluss und den Konzernlagebericht entgegen.
2. Die Mitgliedervertreterversammlung beschließt insbesondere über:
 - a) Entlastung der Mitglieder des Vorstandes und des Aufsichtsrates,
 - b) Wahl derjenigen Aufsichtsratsmitglieder, die nach den gesetzlichen Bestimmungen von der Mitgliedervertreterversammlung und nicht von den Arbeitnehmern zu wählen sind, sowie deren Abberufung,
 - c) Wahl und Abberufung der Mitglieder der Mitgliedervertreterversammlung,
 - d) Änderungen der Satzung,
 - e) Verwendung der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 24 Nr. 4 der Satzung,
 - f) Vergütungen für die Mitglieder des Aufsichtsrates und
 - g) Auflösung oder Verschmelzung des Unternehmens.

§ 17 Einberufung der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Einberufung der Mitgliedervertreterversammlung erfolgt durch den Vorstand im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Aufsichtsrates. Sie erfolgt spätestens einen Monat vor dem Tage der Versammlung schriftlich und durch Bekanntmachung gemäß § 4 der Satzung unter Angabe der Firma, des Sitzes des Unternehmens, der Zeit, des Ortes und der Tagesordnung nach den gesetzlichen Vorschriften.
2. Weitere Mitgliedervertreterversammlungen müssen auf Verlangen des Aufsichtsrates oder des Vorstandes oder auf begründeten, an den Vorsitzenden des Aufsichtsrates zu richtenden schriftlichen Antrag von mindestens vier Mitgliedervertretern einberufen werden. § 15 Nr. 4 und § 17 Nr. 1 der Satzung finden entsprechende Anwendung.

§ 18 Teilnahme an der Mitgliedervertreterversammlung

Zur Teilnahme an der Mitgliedervertreterversammlung sind nur die gewählten Mitgliedervertreter befugt. Stellvertretung ist ausgeschlossen. Aufsichtsrat und Vorstand nehmen an der Versammlung teil; sie sind nicht stimmberechtigt.

§ 19 Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung

Den Vorsitz in der Mitgliedervertreterversammlung führt der Vorsitzende des Aufsichtsrates, im Falle seiner Verhinderung sein Stellvertreter oder – falls dieser verhindert ist – der Vorsitzende des Vorstandes.

§ 20 Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung

1. Die Mitgliedervertreterversammlung ist beschlussfähig, wenn mindestens die Hälfte der Mitgliedervertreter anwesend ist. Bei Beschlussunfähigkeit wird innerhalb von sechs Wochen eine weitere Mitgliedervertreterversammlung einberufen, die ohne Rücksicht auf die Zahl der Anwesenden beschließt.
2. Die Beschlüsse der Mitgliedervertreterversammlung werden mit einfacher Stimmenmehrheit gefasst. Bei Wahlen entscheidet im Falle der Stimmgleichheit das vom Vorsitzenden der Mitgliedervertreterversammlung zu ziehende Los.
Änderungen der Satzung können nur mit Dreiviertelmehrheit der abgegebenen Stimmen beschlossen werden.
3. Über die Form der Abstimmung entscheidet die Mitgliedervertreterversammlung.

§ 21 Niederschrift über die Mitgliederversammlung

Über die Mitgliederversammlung ist eine Niederschrift zu fertigen.

§ 22 Minderheitsrechte

Soweit das Gesetz einer Minderheit Rechte gewährt, stehen diese einer Minderheit von vier Mitgliedern zu.

§ 23 Anträge zur Beschlussfassung

Anträge zur Beschlussfassung (u. a. Vorschläge zur Ergänzungswahl von Mitgliedern), die von mindestens einhundert Mitgliedern unterzeichnet sind und spätestens zwei Monate vor der Mitgliederversammlung dem Vorstand zugehen, müssen auf die Tagesordnung gesetzt werden. Die Antragsteller sind berechtigt, aus ihrer Mitte einen Sprecher zu benennen, der den Antrag in der Mitgliederversammlung begründet. An der Abstimmung nimmt der Sprecher nicht teil.

§ 24 Rechnungswesen, Jahresabschluss

1. Für die Buchführung, den Jahresabschluss und den Lagebericht sowie die Prüfung und Bekanntmachung des Jahresabschlusses gelten die gesetzlichen Vorschriften und die von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätze.
2. Das Unternehmen bildet eine Verlustrücklage in Höhe von mindestens einem Zwanzigstel der tariflichen Leistungen der beiden letzten Geschäftsjahre. Der Verlustrücklage sind bis zur Erreichung dieser Höhe jährlich wenigstens fünf vom Hundert der Summe aus Jahresüberschuss und Zuführung zur Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zuzuführen. Außerdem können als Eigenkapital auch andere Gewinnrücklagen gebildet werden. Dem Eigenkapital soll mindestens der Betrag zugeführt werden, der nach den Vorschriften des Körperschaftsteuergesetzes nicht steuerfrei in die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung eingestellt werden kann.
3. Der Jahresabschluss ist in der Weise aufzustellen, dass der von dem Geschäftsergebnis nach Einstellung in das Eigenkapital verbleibende Überschuss in voller Höhe der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung zugewiesen wird. Die dieser Rückstellung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Versicherten verwendet werden.
4. Die Verwendung von Beträgen aus der Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, die nach Nr. 3 gebildet worden ist, erfolgt u. a. in Form von Auszahlungen, Leistungserhöhungen, Beitragssenkungen oder zur Abwendung bzw. Milderung von Beitragserhöhungen.
5. Das Unternehmen ist jedoch berechtigt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde in Ausnahmefällen die Rückstellung für die erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, soweit über sie nicht zugunsten der Versicherten bereits beschlossen worden ist, im Interesse der Versicherten zur Abwendung eines drohenden Notstandes heranzuziehen.

§ 25 Vermögensanlage

Die Anlage des Vermögens des Unternehmens erfolgt nach den gesetzlichen Bestimmungen und den von der Aufsichtsbehörde aufgestellten Grundsätzen.

§ 26 Satzungsänderungen und Einführung oder Änderungen von Allgemeinen Versicherungsbedingungen

1. Satzungsänderungen, die Bestimmungen über Namen, Sitz, Geschäftsgebiet, Gegenstand des Unternehmens, Mitgliedschaft, Bekanntmachungen, Geschäftsjahr, Organe, Rechnungswesen, Jahresabschluss, Vermögensanlagen und Auflösung betreffen, haben Wirkung für alle bestehenden Versicherungsverhältnisse.
2. Der Vorstand ist ermächtigt, mit Zustimmung des Aufsichtsrates Allgemeine Versicherungsbedingungen einzuführen oder zu ändern. Über ein solches Vorhaben informiert der Vorstand die Mitglieder, bevor er den Aufsichtsrat um Zustimmung bittet.

§ 27 Auflösung

1. Über die Auflösung des Unternehmens kann nur beschlossen werden, wenn in einer zu diesem Zweck einberufenen Mitgliederversammlung mindestens zwei Drittel der Mitgliedervertreter anwesend sind und mindestens drei Viertel der stimmberechtigten Mitgliedervertreter für die Auflösung stimmen.
2. Ist die Versammlung nicht beschlussfähig, so ist eine weitere Versammlung einzuberufen, die dann ohne Rücksicht auf die Zahl der anwesenden Stimmberechtigten mit einer Mehrheit von drei Vierteln der Erschienenen beschließen kann.
3. Im Falle der Auflösung bestellt die Mitgliederversammlung die Abwickler und regelt deren Vergütung. Sie bestimmt auch über die Verteilung des restlichen Vermögens. Im Übrigen gelten die gesetzlichen Bestimmungen.

Letzte Änderung genehmigt durch Verfügung der Bundesanstalt
für Finanzdienstleistungsaufsicht vom 26.07.2022
Geschäftszeichen: VA 36 – I 5002/00074#00003

Datenschutzhinweise

Informationen der Continentale Krankenversicherung a.G.

1. Allgemeines

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Continentale Krankenversicherung a.G. und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Weitere Informationen zum Datenschutz erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

2. Verantwortlicher für die Datenverarbeitung / Kontakt zum Datenschutzbeauftragten

Continentale Krankenversicherung a.G. | Ruhrallee 92 | 44139 Dortmund

Telefon: 0231/919-0 | E-Mail: info@continentale.de

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie mit dem Zusatz - Datenschutzbeauftragter - unter der o. g. Anschrift oder per E-Mail unter datenschutz@continentale.de.

3. Zweck und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

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

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VG) 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 die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.continentale.de/datenschutz abrufen.

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

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit der Continentale Krankenversicherung a.G. bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, Gesundheitsvorsorge oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 lit. b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 lit. a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 lit. j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 lit. f) und/oder 9 Absatz 2 lit. f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Identifizierung und kundenfreundlichen Ansprache,
- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes,
- zur Aktualisierung von Adressdaten unserer Kunden und Interessenten,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte des Continentale Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, um missbräuchliche oder betrügerische Handlungen gegen ein Unternehmen des Continentale Versicherungsverbandes zu entdecken, aufzuklären oder zu verhindern
- zur Geschäftssteuerung und Weiterentwicklung von Produkten, Dienstleistungen und Prozessen,
- zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens sowie des Continentale Versicherungsverbandes auf Gegenseitigkeit insgesamt.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesen Fällen die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 lit. c) DS-GVO.

Dies ist insbesondere erforderlich:

- aufgrund aufsichtsrechtlicher Vorgaben,
- aufgrund handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten,
- zur Erfüllung unserer Beratungspflicht.

Aufgrund gesetzlicher und regulatorischer Vorgaben sind wir zudem zur Bekämpfung von Geldwäsche, Terrorismusfinanzierung und vermögensgefährdende Straftaten sowie zur Erfüllung der Sanktions-Compliance verpflichtet. Dabei werden auch Datenauswertungen vorgenommen.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie darüber zuvor informieren, soweit Sie nicht bereits über diese Informationen verfügen (Art. 13 Abs. 4 DS-GVO) oder eine Information gesetzlich nicht erforderlich ist (Art. 13 Abs. 4 und 14 Abs. 5 DS-GVO).

4. Kategorien und Einzelne Stellen von Empfängern der personenbezogenen Daten

4.1 Spezialisierte Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit

Innerhalb unseres Versicherungsverbundes nehmen spezialisierte Unternehmen oder Bereiche bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unseres Verbundes besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral oder dezentral durch ein oder mehrere Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. Die Unternehmen, die eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen, können Sie der Liste der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit im Anhang zu diesen Hinweisen entnehmen.

4.2 Externe Dienstleister

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie jeweils aktuell unseren Datenschutzhinweisen unter www.continentale.de/datenschutz entnehmen.

4.3 Weitere Empfänger

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

4.4 Vermittler

Soweit Sie hinsichtlich Ihres Versicherungsvertrags von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und - soweit erforderlich - Schaden-/Leistungsfalldaten. Auch übermitteln unser Unternehmen solche Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

4.5 Datenaustausch mit Versicherern

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. zur Angabe von vorvertraglichen Versicherungsverläufen) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit den von Ihnen im Antrag benannten Versicherern erfolgen.

4.6 Rückversicherer

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, können wir Rückversicherer einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen Sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherer ein eigenes Bild über das Risiko oder den Leistungsfall machen können, ist es möglich, dass wir ihnen Ihren Versicherungs- oder Leistungsantrag vorlegen. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn es sich um ein schwer einzustufendes Risiko handelt. Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherer uns aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- und Leistungsprüfung unterstützen. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendigen Umfangs. Zu den genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherern nur zu den vorgenannten sowie mit diesen kompatiblen Zwecken (z. B. Statistik, wissenschaftliche Forschung) verwendet. Über die Übermittlung besonderer Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Gesundheitsdaten) werden Sie durch uns unterrichtet.

4.7 Datenübermittlung an Auskunfteien

Wir übermitteln die im Rahmen der Begründung dieses Vertragsverhältnisses erhobenen, personenbezogene Daten zur Einschätzung des Zahlungsausfallrisikos an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden und an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden.

Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Abs. 1 lit. b) und Artikel 6 Abs. 1 lit. f) der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Abs. 1 lit. f) DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Die Auskunfteien verarbeiten die erhaltenen Daten und verwenden sie auch zum Zwecke der Profilbildung (Scoring), um ihren Vertragspartnern im Europäischen Wirtschaftsraum (EWR) und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission besteht) Informationen unter anderem zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen Personen zu geben. Nähere Informationen zur Tätigkeit der oben genannten Auskunfteien können Sie den Informationsblättern der SCHUFA unter www.schufa.de/datenschutz und der infoscore Consumer Data GmbH unter <https://finance.arvato.com/de/verbraucher/selbstauskunft.html> entnehmen.

4.8 Adressaktualisierung

Zur Aktualisierung unserer Adressbestände erhalten wir Adressdaten auftragsbezogen von der Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Am Anger 33, 33332 Gütersloh. Erhalten wir dabei zu Ihrer Person eine neue Anschrift, ändern wir Ihre Adressdaten bei uns entsprechend. Eine gesonderte Information zu derartigen Adressänderungen erfolgt nicht.

4.9 Bonitätsauskunft zur Wahrung berechtigter Interessen

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten wirtschaftlichen Interessen notwendig ist, fragen wir bei Bonitätsdienstleistern Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab.

5. Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie.

Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf von uns vorher festgelegten Regeln und Gewichtung der Informationen. Die Regeln richten sich unter anderem nach unseren Annahmegrundsätzen, gesetzlichen und vertraglichen Regelungen sowie den vereinbarten Tarifen. Des Weiteren kommen versicherungsmathematische Kriterien und Kalkulationen je nach Entscheidung zur Anwendung.

Wenn beispielsweise im Zusammenhang mit dem Abschluss eines Versicherungsvertrages eine Bonitätsprüfung erfolgt, entscheidet unser System in bestimmten Fällen aufgrund der erhaltenen Informationen vollautomatisiert über das Zustandekommen des Vertrages, mögliche Risikoausschlüsse oder über Modalitäten zu der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Wir nutzen die automatisierte Entscheidung im Zusammenhang mit der Bonitätsprüfung, um uns und die Versichertengemeinschaft vor möglichen Zahlungsausfällen und deren Folgen zu schützen.

Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten (z. B. zum Versicherungsumfang, Selbstbehaltsvereinbarungen, Prämienzahlung) sowie ggf. von Dritten hierzu erhaltene Informationen, entscheiden wir unter Umständen vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht sowie die Höhe der Leistung, Bonifikationen und Zusatzdienstleistungen. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf den zuvor beschriebenen Regeln.

Soweit wir eine vollautomatisierte Einzelfallentscheidung in den zuvor beschriebenen Fällen ohne menschliche Einflussnahme abschließend durchgeführt haben, werden Sie mit unserer Mitteilung der Entscheidung darauf hingewiesen. Sie haben das Recht, zum Beispiel über unsere Service-Hotline, weitere Informationen sowie eine Erklärung zu dieser Entscheidung zu erhalten und sie durch einen Mitarbeiter von uns überprüfen zu lassen. Dieses Recht besteht nicht, wenn Ihrem Begehren vollumfänglich stattgegeben wurde. Vollautomatisierte Einzelfallentscheidungen, die ein Mitarbeiter von uns für seine abschließende Entscheidung nur zu einem untergeordneten Teil berücksichtigt hat, sind ebenfalls nicht betroffen.

6. Datenübermittlung in ein Drittland

Zur Prüfung und Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtung im Versicherungsfall kann es erforderlich sein, im Einzelfall Ihre personenbezogenen Daten an Dienstleister weiterzugeben. Bei einem Versicherungsfall außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) kann es zu diesem Zweck erforderlich sein, dass wir oder unsere Dienstleister in Ihrem Interesse Ihre Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) geben müssen. Wir und unsere Dienstleister übermitteln Ihre Daten planmäßig nur, wenn diesem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln mit weiteren Garantieerklärungen) vorhanden sind, oder die Übermittlung auf einer Einwilligung von Ihnen beruht.

7. Dauer der Speicherung Ihrer Daten

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

8. Betroffenenrechte

8.1 Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung oder Herausgabe

Sie können uns gegenüber Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

8.2 Widerspruchsrecht

Sie haben uns gegenüber jederzeit das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung jederzeit formlos zu widersprechen (Art. 21 Abs. 2 DS-GVO).

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie uns gegenüber dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen (Art. 21 Abs. 1 DS-GVO).

8.3 Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an unseren Datenschutzbeauftragten oder an die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden:

Landesbeauftragte für Datenschutz und Informationssicherheit

Nordrhein-Westfalen

Postfach 20 04 44

40102 Düsseldorf

Telefon: 0211 / 38424-0

Telefax: 0211 / 38424-10

E-Mail: poststelle@ldi.nrw.de

9. Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen, z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise inkl. der Liste der Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen sowie die Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G. erhalten Sie unter www.continentale.de/datenschutz.

10. Anhang

10.1 Unternehmen des Continentale Versicherungsverbundes auf Gegenseitigkeit, die untereinander auch als Auftragnehmer und Kooperationspartner tätig werden und eine zentrale Datenverarbeitung vornehmen

Continentale Krankenversicherung a.G.	Rechenzentrum, Rechnungswesen, Inkasso, Exkasso, Forderungseinzug, Recht, Kommunikation, Beschwerdebearbeitung, Qualitätsmanagement, Statistiken, Medizinischer Beratungsdienst, Revision, Compliance, Betriebsorganisation, verbundübergreifende Vertragsaukünfte allgemeiner Art, Empfang/Telefon-service, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost, Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Betrugsmanagement, Aktenentsorgung, Druck- und Versanddienstleistungen, zentrale Datenverarbeitung
Continentale Sachversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsaukünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
Continentale Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, Sanktions-Compliance, verbundübergreifende Vertragsaukünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), Darlehensverwaltung, zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsaukünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
EUROPA Lebensversicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsaukünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung
Mannheimer Versicherung AG	Antrags-, Vertrags- und Schaden-/Leistungsbearbeitung, verbundübergreifende Vertragsaukünfte allgemeiner Art, Interner Service (Empfang, Telefonservice, Postservice inklusive Scannen und Zuordnen von Eingangspost), zentrale Datenverarbeitung

10.2 Liste der Dienstleister der Continentale Krankenversicherung a.G.

Für jede Datenverarbeitung, Datenerhebung und Datenübermittlung wird im Einzelfall geprüft, ob und wenn ja, welcher Dienstleister/Auftragnehmer beauftragt wird. Eine automatische Datenübermittlung an jeden der in den Listen genannten Dienstleister erfolgt nicht.

Dienstleister mit Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags	
Einzelne Stellen als Auftragnehmer und Kooperationspartner	Übertragene Aufgaben, Funktionen
Continentale Business Services GmbH	Rechnungswesen in Österreich (nur bei Versicherungsverträgen mit Versicherungsnehmern mit Hauptwohnsitz / Geschäftssitz in Österreich)
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG	Adressaktualisierung
Dortmunder Allfinanz Versicherungsvermittlungs-GmbH	Vertrieb und Vermittlung von Versicherungen und anderen Finanzdienstleistungen
MD Medicus Gesellschaft für medizinische Serviceleistungen mbH	Telefonservice im Gesundheitsservice und Demand-Management
PAV Card GmbH	Erstellung von Versicherten-Karten
Poolrevision des PKV-Verbandes	Überprüfung zur Regelungseinhaltung sowie Erstellung von Vertrags- und Leistungsstatistiken zur Pflegepflichtversicherung, zum Standard- und zum Basistarif

Kategorien von Dienstleistern, bei denen die Verarbeitung personenbezogener Daten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist und Auftragnehmer, die nur gelegentlich tätig werden	
Kategorien von Auftragnehmern und Kooperationspartnern	Übertragene Aufgaben, Funktionen
Adressermittler	Adressprüfung
Akten- und Datenvernichter	Vernichtung von vertraulichen Unterlagen auf Papier und elektronischen Datenträgern
Assisteure	Telefonservice, Durchführung und Vermittlung von Assistance-Leistungen
Auskunfteien und Bonitätsdienstleister	Wirtschaftsauskünfte, Identitäts- und Bonitätsprüfungen (SCHUFA, infoscore Consumer Data GmbH und andere)
Cloud-Dienstleister	Hosten von Servern / Web-Diensten
Gutachter, Sachverständige und Ärzte	Belegprüfung; Erstellung von Gutachten; Beratungsdienstleistungen
Inkassounternehmen, Rechtsanwaltskanzleien	Forderungseinzug, Prozessführung
IT-Dienstleister	Wartungs- und Servicearbeiten
IT-Druckdienstleister	Druck- und Versanddienstleistungen
Kreditinstitute	Einzug der Versicherungsprämien, Leistungs- und Schadenauszahlungen
Marktforschungsunternehmen	Marktforschung
Rehabilitationsdienste	Hilfs- und Pflegeleistungen
Rückversicherer	Risikoprüfung; Leistungsprüfung
Sanitätshäuser	Hilfsmittelversorgung
Übersetzer	Übersetzung
Vermittler	Angebotsstellung, Antrags- und Risikoprüfung, Postservice inklusive Scannen und Zuordnung von Eingangspost; Bestandsverwaltung

Stand: 10/2022