

Kundenservicecenter

Telefon 089 55167-1111
Telefax 089 55167-1212
kundenservice@lv1871.de

Servicezeiten

Montag – Freitag, 08:00 - 18:00 Uhr

12. Juni 2023

Berufsunfähigkeitsversicherung - Ihr individuelles Angebot

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben Interesse an einer Berufsunfähigkeitsversicherung. Gemäß Ihrer persönlichen Angaben und Wünsche haben wir Ihnen hierzu passende individuelle Informationen zusammengestellt. Diese Unterlagen helfen Ihnen dabei, selbst einzuschätzen, welche Möglichkeiten und Chancen Ihnen eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei einem leistungsstarken Versicherer bietet.


Sie haben noch Fragen? Wenden Sie sich an uns - wir freuen uns, wenn wir Ihnen weiterhelfen können.

Mit freundlichen Grüßen

Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Kundenservicecenter

ANTRAG AUF EINE BERUFSUNFÄHIGKEITS- VERSICHERUNG (Golden BU)

für

	PERSÖNLICHE DATEN	4
	BEITRAGSZAHLUNG	5
	VERSICHERUNGSVERTRAG UND BEITRAG	6
	RISIKOBEWERTUNG	7
	ERKLÄRUNGEN UND HINWEISE	12
	DATENSCHUTZ	13

1 Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, 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 gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Wenn wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform nach gefahrerheblichen Umständen fragen, sind Sie auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

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

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines Rückkaufswerts, falls ein solcher vorhanden und/oder vereinbart ist.

2. Kündigung

Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf unser Kündigungsrecht im Fall einer schuldlosen Anzeigepflichtverletzung verzichten wir. Bei Kündigung wandelt sich der Versicherungsvertrag in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird. Für künftige Versicherungsfälle haben Sie in diesem Fall nur noch Versicherungsschutz in Höhe der beitragsfreien Leistung. Wird die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, haben Sie für künftige Versicherungsfälle keinen Versicherungsschutz mehr.

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

3. Vertragsänderung

Können wir bei fahrlässiger Anzeigepflichtverletzung durch Sie nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf unser Vertragsanpassungsrecht. Vertragsanpassungen erfolgen in Form von Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Im Fall der Ausschlussklausel besteht kein Versicherungsschutz für die ausgeschlossenen Umstände (z. B. Erkrankungen, Sportarten, etc.). Erklären wir die Anpassung in Form der Ausschlussklausel nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleiben wir denn zur Leistung verpflichtet, wenn die ausgeschlossenen Umstände mit dem Versicherungsfall in keinem Zusammenhang stehen, d. h. nicht kausal sind. Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats ab Zugang unserer Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf diese Recht werden wir Sie in unserer Mitteilung hinweisen.

4. Ausübung unserer Rechte

Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahren, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

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

2 Alles vollständig?

Mit einem vollständig ausgefüllten Antragsformular helfen Sie uns, Ihren Antrag möglichst schnell und reibungslos zu policieren. Bitte prüfen Sie vor dem Einreichen des Antrags insbesondere folgende Punkte:

- Ist die **Vermittlernummer** (6- oder 8-stellig) eingetragen?
- Sind alle erforderlichen **Unterschriften** vorhanden?

Bitte reichen Sie unbedingt alle Seiten des Antrags ein.

Für die Antragsannahme sind auch die Seiten relevant, die keine individuellen Angaben enthalten.

3 Vermittlerdaten

Firma	
Vorname	Name
Abschlussvermittler/-in (6- oder 8-stellige Nummer) *	Betreuer/-in (6- oder 8-stellige Nummer)
Bestandspfleger/-in (6- oder 8-stellige Nummer)	Dynamikvermittler/-in (6- oder 8-stellige Nummer)
Externe Vermittlernummer	Externe Referenznummer



PERSÖNLICHE DATEN

4 Versicherungsnehmer = VN

Geschlecht * männlich weiblich	Titel	Vorname *	Nachname *
Straße *	Hausnr. *	PLZ *	Ort *
Geburtsdatum *	Geburtsort *	Staatsangehörigkeit *	
derzeit ausgeübter Beruf *			
Bitte beachten Sie, dass die Auswahl VP und VN sind identisch nicht möglich ist, da die VP nicht volljährig ist.			
Naheverhältnis zwischen VP und VN * VP und VN sind identisch VP und VN sind Ehegatten/Lebensgefährten VP und VN stehen zueinander im Eltern-Kind-Verhältnis VP und VN stehen in folgendem Verhältnis zueinander		Verhältnis VP zu VN	
E-Mail-Adresse * ¹	Telefon privat	Mobilnummer	

¹ Die E-Mail-Adresse benötigen wir zur Einrichtung eines Zugangs zu unserem Kundenportal. Der Versicherungsnehmer hat dort beispielsweise die Möglichkeit, Kontaktdaten direkt zu ändern und Nachrichten elektronisch sicher zu übermitteln und zu erhalten. Damit wird ein wichtiger Beitrag zum Umweltschutz geleistet.

5 Versicherte Person = VP

Wenn VN und VP identisch sind, sind bei den Daten für die VP keine Angaben erforderlich.

Geschlecht *			
männlich	Titel	Vorname *	Nachname *
weiblich			
Straße *	Hausnr. *	PLZ *	Ort *
Geburtsdatum *	Geburtsort *		Staatsangehörigkeit *
derzeit ausgeübter Beruf *			



BEITRAGSZAHLUNG

6 SEPA-Lastschriftmandat für SEPA-Basislastschriften

Die Beitragszahlung kann nur mittels SEPA-Lastschriftmandat erfolgen.

Gläubiger-Identifikationsnummer DE83LVV00000165509 (der LV 1871) - Mandatsreferenz wird separat mitgeteilt

Ich ermächtige/Wir ermächtigen die Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871), Zahlungen von meinen/unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein/weisen wir unser Kreditinstitut an, die von der LV 1871 auf mein/unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

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

Frist für die Vorabinformation: Die LV 1871 informiert den Zahler bei dem ersten Abruf sowie bei Änderung von Beitrag und/oder Abbuchungstermin spätestens 5 Bankarbeitstage vor dem Abbuchungstermin über den anstehenden Einzug.

Bitte beachten Sie, dass der Beitragszahler gleichzeitig der VN sein muss, da die versicherte Person nicht volljährig ist.

Beitragszahler ist *	Die Abbuchung findet statt *
Versicherungsnehmer	zum 1. eines Monats
Versicherte Person	zum 15. eines Monats
anderer Beitragszahler	

Kontoinhaber/-in (nur auszufüllen, falls nicht mit Versicherungsnehmer bzw. versicherter Person identisch)

Geschlecht			
männlich	Vorname	Nachname	Geburtsdatum
weiblich			
Straße	Hausnr.	PLZ	Ort

Bankverbindung (IBAN) *	
Name des Kreditinstituts *	
Die Beiträge sind monatlich fällig.	
Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig) *	Unterschrift Kontoinhaber/-in *

Der Vermittler ist nicht bevollmächtigt, Zahlungen, die der VN im Zusammenhang mit der Vermittlung oder dem Abschluss eines Versicherungsvertrags an die LV 1871 zu leisten hat, anzunehmen. Zahlungen sind direkt an die LV 1871 zu leisten.



VERSICHERUNGSVERTRAG UND BEITRAG

7 Empfänger/-in der Versicherungsleistung

Bezugsrecht im Fall einer Berufsunfähigkeit

Die versicherte Person ist unwiderruflich bezugsberechtigt.

8 Antrag auf eine Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsform *	Versicherungsart *	Tarifytyp *
Versicherungsbeginn *	Versicherungsende (Datum) *	Leistungsende (Datum) *
Monatliche Rentenhöhe in € *	Rentenzahlweise *	
garantierte jährliche Rentenerhöhung	Karenzzeit in Monaten	Wartezeit
Startoption	Pflegepaket ¹	Leistung bei Arbeitsunfähigkeit

¹ Die monatliche Pflegerente entspricht der BU-Rente, beträgt jedoch höchstens 2.000 Euro.

9 Überschussverwendung

Überschussverwendung *

10 Dynamik

Dynamikmodell

Vorjahresbeitrag

Anfangsbeitrag

Vorjahressumme

Anfangssumme

Dynamikprozentsatz

Bei fehlender Eintragung des Dynamikprozentsatzes wird ausdrücklich auf das Recht der jährlichen Anpassung ohne erneute Risikoprüfung (Dynamik) verzichtet.

11 Beitrag

	zu zahlender Beitrag pro Zahlweise in € ¹	ggf. vom zu zahlenden Beitrag abweichender Bruttobeitrag in €
Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung		
Beitragszahlweise *		
monatlich		
vierteljährlich		
halbjährlich		
jährlich		

¹ Etwaige mit dem Beitrag verrechnete Überschussanteile ergeben sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Sie können für die Folgejahre nicht garantiert werden. So kann sich der Zahlbeitrag während der Vertragslaufzeit erhöhen oder reduzieren.



RISIKOBEWERTUNG

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen zu gefahrerheblichen Umständen beantworten. Sie sind verpflichtet, diese Fragen nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß zu beantworten.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass der Versicherungsschutz verloren geht. Je nach Verschulden der vertraglichen Anzeigepflichtverletzung kann uns dies zum Rücktritt, zur Kündigung oder zu einer Vertragsanpassung berechtigen. Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen zur Bedeutung der vorvertraglichen Anzeigepflicht gemäß § 19 Abs. 5 VVG "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 2.

12 Voranfrage

Voranfragenummer (6-stellig)	Zuschlag Medizinisch	Zuschlag Besondere Gefahren
------------------------------	----------------------	-----------------------------

Bitte fügen Sie die Unterlagen zur Vervollständigung des Antrags bei.

13 Angaben zur Risikobeurteilung der VP

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragenkomplexe, soweit erforderlich, ausführlich. Sie helfen uns damit, Missverständnisse und Nachfragen zu vermeiden. Bitte verwenden Sie ein Beiblatt, falls Sie nicht genügend Platz vorfinden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, reichen Sie bitte schnellstmöglich schriftlich an die LV 1871 nach.

Falls Sie die gestellten Fragen falsch oder nicht vollständig beantworten, kann dies dazu führen, dass Sie Ihren Versicherungsschutz verlieren.

Basisfragen

Ihre Körpergröße *	Ihr Gewicht *
--------------------	---------------

Risikofragen

Bestehen bereits Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherungen und/oder sind weitere beantragt bzw. Antragsstellungen vorgesehen? (Absicherungen bei der LV 1871 müssen auch angegeben werden. Nicht angegeben werden müssen reine Beitragsbefreiungen für den Fall der Berufsunfähigkeit sowie BU-Absicherungen, die aufgehoben werden sollen.) *
Ja Nein
Gesamte Jahresrente bestehender und beantragter Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherungen (außer diesem Antrag) *
Gesamte Jahresrente bestehender und beantragter Grundfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen *

Übt Ihr Kind eine der folgenden Sportarten aus: - Motorsport, - Springreiten, Voltigieren, - Downhill, Skifahren mit Wettbewerben, - Eishockey, American Football, Rugby? *
Ja Nein
Was genau? Wie oft? Wo? Nur Freizeitsport ohne Teilnahme an Wettbewerben?

Wurde Ihr Kind bereits eingeschult? (Eingeschult bedeutet, dass der erste Schultag bereits stattgefunden hat.) *
Ja Nein

Pflichtfelder sind durch * gekennzeichnet

Wurde Ihr Kind in den letzten 5 Jahren von Ärzten, Heilpraktikern, Physio-, Psychotherapeuten oder sonstigen nichtärztlichen Therapeuten untersucht, beraten oder behandelt?

(Nicht anzugeben sind: akute Erkältungskrankheiten, akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte, unauffällige Vorsorgeuntersuchung, zahnärztliche Behandlungen, Impfungen) *

Ja Nein

Die folgenden fünf Fragen sind nur zu beantworten, wenn die vorherige Frage nach Behandlung durch Ärzte oder sonstige Heilbehandler bejaht wurde.

Wurden Ihrem Kind in den letzten 12 Monaten für mehr als 4 Wochen lang ununterbrochen Medikamente (Tabletten, Salben/Cremes, Sprays oder Spritzen) verordnet oder verabreicht? (Nicht anzugeben sind Behandlungen von akuten Erkältungskrankheiten, akuten Magen-, Darm- und Harnwegsinfekten sowie Impfungen.) *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

War Ihr Kind in den letzten 5 Jahren für mehr als 14 Kalendertage durchgehend aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, am Schulunterricht oder Schulsport teilzunehmen oder den Kindergarten/die Kindertagesstätte zu besuchen? (Nicht anzugeben sind akute Erkältungskrankheiten sowie akute Magen-, Darm- und Harnwegsinfekte) *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Wurde Ihr Kind in den letzten 5 Jahren wegen psychischer Beschwerden, Auffälligkeiten oder Erkrankungen von Ärzten, Psychologen oder Psychotherapeuten untersucht, beraten oder behandelt (z. B. Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Wahrnehmungsstörungen, Aufmerksamkeitsstörungen, Entwicklungsstörungen, Autismus)? *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Wurde bei Ihrem Kind in den letzten 5 Jahren eine der folgenden Erkrankungen festgestellt oder behandelt: Herzerkrankung, Krebserkrankung (z.B. bösartiger Tumor, Leukämie, Melanom), Nierenerkrankung, Epilepsie, Multiple Sklerose, Asthma bronchiale, Neurodermitis, Diabetes mellitus? *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Wurden Ihrem Kind in den letzten 5 Jahren Hilfsmittel verordnet (z. B. Korsett, Hörgeräte, Sehhilfen bei mehr als 5 Dioptrien)? *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Wurde ihr Kind in den letzten 10 Jahren operiert oder für mehr als zwei Tage stationär aufgenommen oder ist eine stationäre Behandlung in den nächsten 12 Monaten ärztlich angeraten oder vorgesehen? (Nicht angegeben werden müssen stationäre Aufenthalte im Rahmen der Geburt.) *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Wurde bei Ihrem Kind die Früherkennungsuntersuchung U9 durchgeführt? *

Ja Nein

Wurde in einem sonderpädagogischen Gutachten ein Förderbedarf festgestellt? *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Wurden bei ihrem Kind Einschränkungen oder Störungen des Nervensystems, des Gehirns, des Bewegungsapparates oder der Sinnesorgane festgestellt, die bis heute andauern (z. B. Lähmungen, Taubheit, Sprachstörung oder Sehstörungen, die nicht durch Sehhilfen ausgeglichen werden können)? *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Wurde bei Ihrem Kind eine angeborene Erkrankung festgestellt oder ein Grad der Behinderung (GdB) bzw. ein Grad der Schädigungsfolgen (GdS) anerkannt?
(Falls vorhanden, reichen Sie bitte eine Kopie des Bescheides zur Anerkennung einer Behinderteneigenschaft incl. Diagnoseteil ein oder geben den Grad der Behinderung (GdB) bzw. der Schädigungsfolgen (GdS) mit an.) *

Ja Nein

Art der Erkrankung, Verletzung, betroffene Seite (re/li), Befund der Untersuchung usw.

Wann? Wie lange? Welche Medikamente? Heutige Folgen? usw.

Name, Anschrift Arzt/Ärztin bzw. Heilbehandler/-in, Krankenhäuser, Heilstätten usw.

Risikoeinschätzung

Die folgende Risikoeinschätzung berücksichtigt nur Angaben, die in der Antrags-Software gemacht wurden. Nur wenn diese Angaben wahrheitsgemäß und vollständig sind, ist das Votum verbindlich. Zur Qualitätssicherung können wir Stichproben-Arztberichte anfordern, um Vollständigkeit und Wahrheitsgehalt der Gesundheitsangaben zu überprüfen. Das Ergebnis dieser Stichproben kann zu einer Änderung des Votums führen. Angaben, die in diesem Antragsdokument geändert oder ergänzt werden, können ebenfalls zu einer Änderung des Votums führen.

Zuschläge oder Ausschlüsse

keine

Manuelle Nachprüfung - Nähere Informationen zu Ihren Rechten

Die Entscheidung darüber, Ihnen Versicherungsschutz nur zu einem höheren Beitrag anzubieten, bestimmte Risiken vom Versicherungsschutz auszuschließen oder den Vertragsabschluss abzulehnen, wird im Rahmen einer automatisierten Einzelfallentscheidung getroffen.

Im Falle negativer Entscheidungen können Sie jederzeit eine Überprüfung durch einen unserer Mitarbeiter verlangen, Ihren eigenen Standpunkt darlegen oder eine Anfechtung erklären.



ERKLÄRUNGEN UND HINWEISE

14 Hinweise für den gestellten Antrag

Aufgabe bestehender Versicherungen

Die Aufgabe einer bestehenden Versicherung zum Zweck des Abschlusses einer Versicherung bei einem anderen Unternehmen ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und für beide Unternehmen unerwünscht.

Vorläufiger Versicherungsschutz für ein Berufsunfähigkeitsrisiko bei Unfall

Bei Absicherung eines Berufsunfähigkeitsrisikos gewährt die LV 1871 im Rahmen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen einen vorläufigen Versicherungsschutz durch Unfall. Dieser Schutz gilt ab Eingang des Antrags. Voraussetzung dafür ist insbesondere, dass der LV 1871 ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt wurde. Zudem darf der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach Unterzeichnung dieses Antrags liegen. Die Leistung des vorläufigen Versicherungsschutzes bei Berufsunfähigkeit ist pro versicherter Person auf 18.000 Euro jährliche Rente begrenzt. Die weiteren Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsversicherung bei Unfall.

15 Informationen, Schlusserklärung und Unterschriften

Bitte lesen Sie vor Ihrer Unterschrift die Erklärungen, Hinweise sowie die "Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht" unmittelbar vor den Antragsunterlagen auf Seite 2, die wichtiger Bestandteil dieses Vertrages ist. Sie machen sie mit Ihrer Unterschrift zum Inhalt dieses Antrags.

Mir ist bekannt, dass die vorstehenden Hinweise für den gestellten Antrag sowie die Erklärungen des VN und der VP wichtige Bestandteile des Vertrags sind. Mit meiner Unterschrift mache ich diese Hinweise und Erklärungen zum Inhalt dieses Antrags. Ab Zugang des Versicherungsscheins besitze ich dann ein 30-tägiges Widerrufsrecht. Sofern auf Dynamik verzichtet wurde, erkläre ich, dass ich über die Bedeutung des Verzichts unterrichtet worden bin. Eine Zweitschrift des Versicherungsantrags ist für meine Unterlagen bestimmt.

Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz bereits bei Abschluss des Vertrags und vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. Jedoch beginnt der Versicherungsschutz nicht vor Zahlung des Beitrags, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn. Mir ist bekannt, dass der Beitrag mit Zugang des Versicherungsscheins fällig wird, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn.

Hiervon unberührt bleibt die eventuelle Vereinbarung eines vorläufigen Versicherungsschutzes bei Unfall in der Lebensversicherung und/oder in der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Die „Mitteilung nach § 19 Abs. 5 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht“ wurde mir ausgehändigt und ich habe diese zur Kenntnis genommen.

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig) *
Unterschrift Versicherungsnehmer/-in *
Unterschrift Versicherte Person
Unterschrift gesetzlicher Vertreter des/der Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen)
Unterschrift gesetzliche Vertreter der Versicherten Person/-en (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen) *

16 Erklärungen und Unterschrift des Vermittlers/der Vermittlerin

Vorvertragliche Informationen

Der Kunde hat von mir alle erforderlichen vorvertraglichen Informationen nach § 7 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) und VVG-Informationspflichtenverordnung rechtzeitig vor Abgabe seiner Vertragserklärung in Textform erhalten, sofern nicht die Angebotsanfrage (Invitatio-Modell) gewählt wurde.

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig) *	Unterschrift Vermittler/-in *
---	-------------------------------



DATENSCHUTZ

17 Einwilligungserklärung zur werblichen Kontaktaufnahme (freiwillig)

Hiermit willige ich ein, dass mich die Gesellschaften der LV 1871 Unternehmensgruppe¹ aus dem Bereich Versicherungsprodukte sowie zu besonderen Angeboten (Onlineshop, Gewinnspiele, Kundenumfragen) per E-Mail und/oder Telefon zu Werbezwecken kontaktieren.

Nähere Informationen zum Umgang mit Ihren personenbezogenen Daten sowie Ihren Rechten als Betroffener finden Sie unter <https://www.lv1871.de/lv/datenschutz/>

<input type="checkbox"/> Per Telefon
<input type="checkbox"/> Per E-Mail

Sie können diese Einwilligung jederzeit ohne Angaben von Gründen und ohne Kosten oder Auswirkungen auf das Vertragsverhältnis widerrufen, z. B. per E-Mail unter kundenservice@lv1871.de.

¹ Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG, LV 1871 Private Assurance AG, LV 1871 Pensionsfonds AG, Magnus GmbH.

18 Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten sowie weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten und Ihre weiteren

nach § 203 StGB geschützten Daten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die LV 1871 daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, IT-Dienstleister und unsere Rückversicherer weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Einwilligung/Schweigepflichtentbindung nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der oben angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne Verarbeitung von Gesundheitsdaten der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und Ihren sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten

- durch die LV 1871 selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der LV 1871 (unter 3.),
- bei der automatisierten Einzelfallentscheidung (unter 4.),
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 5.) und
- bei der Abgabe elektronischer Unterschriften (unter 6.).

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

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die LV 1871

Ich willige ein, dass die LV 1871 die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1 Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die LV 1871 die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die LV 1871 benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten: *

Möglichkeit I

Ich willige ein, dass die LV 1871 – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten sowie meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II

Ich wünsche, dass mich die LV 1871 in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die LV 1871 einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die LV 1871 einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst bebringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die LV 1871 konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2 Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die LV 1871 konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten: *

Möglichkeit I

Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II

Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten 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 weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der LV 1871

Die LV 1871 verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1 Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die LV 1871 benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist

und meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die LV 1871 zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2 Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die LV 1871 führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der LV 1871 Unternehmensgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die LV 1871 Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die LV 1871 führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten für die LV 1871 erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter http://www.lv1871.de/lv1871_internet/datenschutz.htm eingesehen oder bei Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München, Telefon 089/5 51 67-11 11 angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die LV 1871 Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die LV 1871 dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der LV 1871 Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe meiner Gesundheitsdaten und meiner weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die LV 1871 Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die LV 1871 Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. 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 die Rückversicherung die LV 1871 aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die LV 1871 das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen 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 Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben sowie weitere nach § 203 StGB geschützte Daten verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten sowie Ihrer weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten an Rückversicherungen werden Sie durch die LV 1871 unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten sowie meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler, Finanzvertriebe, Maklerpools und Untervermittler

Die LV 1871 gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungs- und Vertragsdurchführungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Finanzvertriebe, Maklerpools und Untervermittler können Vermittler u.a. bei der Vermittlung und Betreuung von Versicherungsverträgen unterstützen. Sollte der Antrag von Ihrem Vermittler über einen Finanzvertrieb, einen Maklerpool oder Untervermittler eingereicht werden oder sollte die Betreuung und Verwaltung Ihres Versicherungsvertrages in Zusammenarbeit mit einem Finanzvertrieb, Maklerpool oder Untervermittler erfolgen, erhalten Sie die entsprechende Information hierüber durch Ihren zuständigen Vermittler. In diesen Fällen können die oben genannten Informationen und Ihre personenbezogenen Daten zu den in diesem Abschnitt genannten Zwecken auch an diese Stellen übermittelt werden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und Ihrer weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler und die in meiner Angelegenheit tätig werdenden Finanzvertriebe, Maklerpools oder Untervermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungs- und Vertragsdurchführungszwecken genutzt werden dürfen. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die LV 1871 tätigen Personen im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten von ihrer Schweigepflicht.

4. Automatisierte Einzelfallentscheidung

Um Ihnen einen digitalen Antragsprozess zu ermöglichen, müssen die von Ihnen mitgeteilten risikoeheblichen Daten wie Alter, Beruf, Anzahl der Kinder, Gewicht, Familienstand, Versicherungssumme und Vertragslaufzeit, Rauchgewohnheiten, Gesundheitszustand, Freizeitverhalten vollautomatisiert verarbeitet werden. Das bedeutet, dass über das Zustandekommen des Vertrages, die Vergabe von Risikoausschlüssen und über die Höhe des von Ihnen zu zahlenden Beitrags vollautomatisch entschieden wird. Soweit bei der automatisierten Entscheidung gewisse Wahrscheinlichkeitswerte berücksichtigt werden, beruhen diese auf einem wissenschaftlich anerkannten mathematisch-statistischen Verfahren.

Im Falle negativer Entscheidungen, wie z. B. der Ablehnung des Vertragsabschlusses oder der Vergabe von Risikoausschlüssen/-zuschlägen, können Sie jederzeit eine Überprüfung durch einen unserer Mitarbeiter verlangen, Ihren eigenen Standpunkt darlegen oder eine Anfechtung erklären.

Die Verarbeitung im Wege der automatisierten Einzelfallentscheidung erfolgt aufgrund der von Ihnen abgegebenen Einwilligung.

Diese Einwilligung können Sie jederzeit widerrufen. Durch den Widerruf wird jedoch die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

Ich willige ausdrücklich und jederzeit widerruflich ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten sowie weitere risikoehebliche Daten zur Erstellung eines individuellen Angebots im Wege einer automatisierten Einzelfallentscheidung und zur Vorbereitung eines Vertragsschlusses verarbeitet.

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

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die LV 1871 Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten sowie Ihre weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der LV 1871 bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine Gesundheitsdaten sowie meine weiteren nach § 203 StGB geschützten Daten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

6. Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von biometrischen Unterschriftsdaten

Wird bei Antragstellung das elektronische Antragsverfahren mit biometrischen Unterschriftsdaten eingesetzt, speichern wir Merkmale Ihrer elektronischen Unterschrift wie z.B. Schreibgeschwindigkeit, Schreibrichtung, Schreibpausen, Andruck, Schreibwinkel etc. Damit wir diese biometrischen Daten für die Begründung, Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages verarbeiten dürfen, benötigen wir Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die LV 1871 meine biometrischen Unterschriftsdaten erhebt, verarbeitet und nutzt, soweit dies für die Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

19 Bonitäts- und Identitätsauskünfte

Informationen zur Bonität unserer Kunden sind für uns risikorelevant und fließen dabei in unsere Entscheidungen bei der Antrags-, Vertrags- sowie der Leistungsfallbearbeitung mit ein. Hierzu bedienen wir uns externer Auskunftsteilen, an die allgemeine personenbezogene Daten (z. B. Name, Vorname, Adresse, Geburtsdatum) übermittelt werden. Darauf kann die Auskunftsteil auch den Rückschluss ziehen, dass Sie einen Versicherungsvertrag bei uns abschließen wollen oder bereits abgeschlossen haben.

An die SCHUFA Holding AG werden zudem allgemeine personenbezogene Daten zur Identitätsprüfung übermittelt. Anhand der von der SCHUFA Holding AG übermittelten Übereinstimmungsraten können wir erkennen, ob eine Person unter der von ihr angegebenen Adresse im Datenbestand der SCHUFA gespeichert ist.

Diese Einwilligung ist freiwillig. Sie können sie jederzeit für die Zukunft gegenüber der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie deren einzelnen Gesellschaften mit Wirkung für alle widerrufen. Ihren Widerruf richten Sie bitte an die in der Fußzeile des Antrags angegebene Adresse.

Ich willige jederzeit widerrufbar ein, dass die LV 1871 für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, bei Angebotsanfrage, bei Antragstellung, bei Vertragsbearbeitung und im Rahmen der Leistungsprüfung Informationen über mein Zahlungsverhalten von einer Auskunftsteil (z. B. Schufa, Creditreform, Bürgel, Infoscore, Arvato) sowie Informationen über meine Identität von der SCHUFA Holding AG einholt und nutzt und hierzu auch meine allgemeinen personenbezogenen Daten an die Auskunftsteil übermittelt.

20 Unterschriften zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig) *
Unterschrift Versicherungsnehmer/-in *
Unterschrift Versicherte Person
Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs)
Unterschrift gesetzlicher/e Vertreter *

21 Liste der externen Dienstleister als Anlage zur datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung

Dienstleister	Übertragene Aufgaben
Arvato Direct Services Wilhelmshaven GmbH, Olympiastr. 1, 26419 Schortens	Zulagenverwaltung Riester
Codecentric AG, Hochstraße 11, 42697 Solingen	Wartung und Weiterentwicklung der Software, die die Eingangspost einliest und weiterverarbeitet
Computershare Communication Services GmbH, Hansastr. 15b, 80686 München	Druckdienstleister
Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden	Adressupdate
Deutsche Post Adress GmbH & Co. KG, Neumarkter Str. 28, 81673 München	Adressupdate
SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden	Bonitätsauskünfte über Privatpersonen
Creditreform München Ganzmüller, Groher & Kollegen KG, Machtlfinger Str. 13, 81379 München	Bonitätsauskünfte über Unternehmen
IT (Beratungs-) Unternehmen	Betrieb und Wartung von IT-Systemen, Entwicklung und Anpassung von Softwaresystemen, Bereitstellung und Betreuung von Servern, Analyse und Beratung zu IT-Systemen
SOKA-IT, Urlaubs- und Lohnausgleichskasse der Bauwirtschaft, Wettinerstraße 7, 65189 Wiesbaden	Rentenbezugsmitteilungsverfahren
Gutachter und Sachverständige (Ärzte und Psychologen)	Erstellung von Gutachten, Untersuchungen, Beratungsleistung zu Rehabilitationsmaßnahmen und Behandlungsmöglichkeiten
Berufskundliche Dienstleister	Überprüfung der Ist-Situation (insbesondere des Arbeitsplatzes), Prüfung von Umorganisationmöglichkeiten und Optimierung von Arbeitstechniken und -abläufen; Hilfe bei der Arbeitsvermittlung
Medicals Direct Deutschland GmbH, Am Schammacher Feld 21, 85567 Grafing bei München	Individueller Vor-Ort-Service im Rahmen der Antragsprüfung; Durchführung von Gesundheitsprüfungen bei hohen Versicherungssummen
Insolvenzverwalter	Bearbeitung von Insolvenzfällen
Rückversicherungsunternehmen	Unterstützung bei Risiko- und Leistungsprüfung
Rechtsanwaltskanzleien	Beratung, Prozessführung
Steuerberater, Wirtschaftsprüfer	Jahresabschluss/ Wirtschaftsprüfung
Entsorgungsunternehmen	Datenschutzkonforme Vernichtung von Papierunterlagen und Datenträgern
Finanz- und Aufsichtsbehörden	Meldungen und Abgaben, Prüfungen gemäß gesetzlicher Anforderungen
Finanzinstitute	Geldverkehr
Marketingagenturen/-unternehmen	Marketingaktionen
Lettershops/Druckereien	Druck und Versand von Postsendungen
Callcenter	Telefonie
Telekommunikationsdienstleister	IT-, Netzwerk- und Telefoniebetreiber
Gesellschaften der LV 1871 Unternehmensgruppe: Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Delta Direkt Lebensversicherung AG München, TRIAS Versicherung AG	Führung von Stammdaten in gemeinsamen Datenverarbeitungsverfahren

22 Einwilligungserklärung im Einzelfall

Zusätzlich zum Antrag erhalten Sie eine Einwilligungserklärung im Einzelfall.

Die Antragsbearbeitung kann durch die Entbindung der Schweigepflicht mittels dieser Erklärung beschleunigt werden.

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken im Rahmen Ihres Antrags ist es notwendig, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist.

Die LV 1871 benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Wenn Sie in Ihrem Versicherungsantrag die LV 1871 generell von der Schweigepflicht entbinden, so werden Sie von der LV 1871 trotzdem vor jeder Datenerhebung unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck Daten erhoben werden sollen und Sie werden darauf hingewiesen, dass Sie widersprechen können. Damit Ihnen ein Widerspruch möglich ist, wird Ihnen von der LV 1871 eine Widerspruchsfrist eingeräumt. Wenn Sie diese Frist verkürzen wollen, können Sie zusätzlich nachfolgende Einzelfalleinwilligung für die Datenerhebung bei konkreten Ärzten oder Einrichtungen erteilen. In diesem Fall kann die LV 1871 direkt mit den Ärzten oder Einrichtungen in Verbindung treten, ohne Ihnen eine gesonderte Widerspruchsmöglichkeit einzuräumen. Dies führt zu einer Beschleunigung der Antragsprüfung. Die Abgabe dieser Erklärung für Sie ist freiwillig. Wenn Sie diese nicht abgeben wollen, entstehen Ihnen keine Nachteile, außer dass die Antragsbearbeitung unter Umständen länger dauert. Sie können die Erklärung auch jederzeit gegenüber der Lebensversicherung von 1871 a. G. München, Maximiliansplatz 5, 80333 München widerrufen.

Bitte ausfüllen:

Ich willige ein, dass die LV 1871 - soweit es für die Risikobeurteilung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten / die Gesundheitsdatender von mir gesetzlich vertretenen Personen oder meines Kindes, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können, direkt bei folgenden Ärzten oder Einrichtungen erhebt und zum Zweck der Antragsprüfung verwendet:

Name des Arztes oder der Einrichtung			
Straße	Hausnr.	PLZ	Ort

Name des Arztes oder der Einrichtung			
Straße	Hausnr.	PLZ	Ort

Ich befreie die genannte(n) Person(en) oder Mitarbeiter der genannten Einrichtung von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen und Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die LV 1871 übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die LV 1871 an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die LV 1871 tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.



23 Unterschriften zur Einwilligungserklärung im Einzelfall

Ort, Datum (bei elektronischen Unterschriften freiwillig)
Unterschrift Versicherte Person <input checked="" type="checkbox"/>
Unterschrift gesetzlich vertretene Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahrs) <input checked="" type="checkbox"/>
Unterschrift gesetzlicher Vertreter des/der Versicherungsnehmers/-in (bei nicht voll geschäftsfähigen Personen) <input checked="" type="checkbox"/>

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)
Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Briefanschrift: LV 1871 · 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 11 11
Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
info@lv1871.de www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Dr. Peter Hohenemser

Vorstand
Wolfgang Reichel (Vorsitzender
des Vorstands), Dr. Klaus Math,
Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform
Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

Sitz München
AG München HRB 194
UST-IdNr.: DE 129274608

GOLDEN BU

BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG

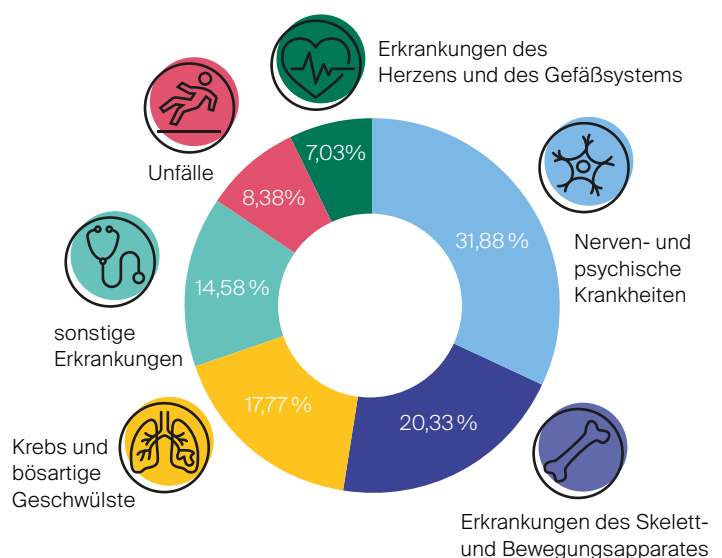
Die Golden BU bietet eine Vielfalt an Optionen zur individuellen Ausgestaltung der Versicherungsleistung – und das zu fairen Beiträgen.

WARUM EINE BERUFSUNFÄHIGKEITSVERSICHERUNG ABSCHLIESSEN?

„Berufsunfähig? Das passiert mir nicht, ich sitze doch nur im Büro.“

Diese Auffassung ist weit verbreitet, aber dennoch falsch. Heutzutage sind nicht Unfälle, sondern Nervenkrankheiten der häufigste Grund für eine Berufsunfähigkeit. Jeder vierte Arbeitnehmer wird im Laufe seines Arbeitslebens berufs-unfähig, vorübergehend oder auch für immer. Wer dauerhaft erkrankt und nicht mehr arbeiten kann, gefährdet ohne Absicherung seine finanzielle Unabhängigkeit.

Ursachen für eine Berufsunfähigkeit



Quelle: Morgen & Morgen GmbH, Stand 05.2021

DAS MACHT IHRE GOLDEN BU BESONDERS:

Sie passt sich flexibel Ihren Lebensumständen an

Beispielhafte Lebensphasen

Ausbildung

Abschluss der Golden BU mit 1.000 € Monatsrente



Berufsstart

Erhöhung der Monatsrente auf 1.750 €



Erhöhung der Monatsrente auf 2.000 €



Familiengründung

Erhöhung der Monatsrente auf 2.500 €



Gehaltserhöhung

um 20% – Erhöhung der Monatsrente auf 4.000 €



Nur bei der LV 1871

Karrieregarantie für Berufstätige:

Zusätzliche Möglichkeit, die BU-Rente bei einer Gehaltserhöhung von mindestens fünf Prozent zu erhöhen.

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie: zum Beispiel bei Heirat oder Geburt eines Kindes.

Nur bei der LV 1871

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie: bis zu 3.000 Euro Jahresrente ohne weitere Risikoprüfung bis zum Alter von 50 Jahren möglich – mit einer Wartezeit von drei Jahren für die Erhöhung.

Zukunftsgarantie für Schüler, Studenten und Auszubildende

- Recht auf Überprüfung der Berufseinstufung
- Verdopplung der BU-Rente bei Beginn/Abschluss eines Studiums oder einer Ausbildung
- Nachträglicher Einschluss einer Leistung bei Arbeitsunfähigkeit bei Berufseinstieg
- Überprüfung medizinischer Ausschlussklausel



WOVON SIE NOCH PROFITIEREN

- ✓ **Anpassung Ihres BU-Schutzes bei Erhöhung der Regelaltersgrenze** – mit unserer Verlängerungsgarantie
- ✓ **Überbrückungsmöglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten** – zum Beispiel Beitragsfreistellung
- ✓ **Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit:** schnelle Auszahlung der BU-Rente für bis zu 18 Monate (zum Beispiel bei Krebs)
- ✓ **Finanzielle Unterstützung bei Rehabilitationsmaßnahmen** bis zu dreimal 550 Euro
- ✓ **Wiedereingliederungshilfe** nach einer Berufsunfähigkeit in Höhe von sechs BU-Monatsrenten
- ✓ **Umorganisationshilfe bei Selbstständigen** in Höhe von sechs Monatsrenten, wenn die Berufsunfähigkeit durch die Umorganisationsmaßnahme abgewendet werden kann.
- ✓ **Lebenslange Pflegerente** bei einer ununterbrochenen Pflegebedürftigkeit innerhalb der letzten zehn Jahre vor Vertragsende (nicht bei Einschluss des Pflegepakets)

WAS UNS AUSZEICHNET

Die LV 1871 gehört zu den Top-10-Anbietern für innovative Berufsunfähigkeitsversicherungen.

Die LV 1871 basiert auf dem Prinzip der Gegenseitigkeit und verpflichtet sich den Interessen ihrer Kunden. Dafür arbeiten wir als Unternehmen mit unabhängigen Versicherungsvermittlern zusammen.



Stabile Beiträge

Die Beiträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung der LV 1871 wurden seit Einführung bisher noch nie angepasst.

Golden BU – vielfach ausgezeichnet

Beste Bewertungen von unabhängigen Experten, wie beispielsweise Stiftung Warentest und der Wirtschaftswoche.

Die Meinung der Experten



Unterstützung bei Ihren Anliegen

Ob bei Antragsstellung, während der Vertragslaufzeit oder im Leistungsfall – wir sind persönlich für Sie da und stehen Ihnen mit Rat und Tat zur Seite.

Lebensversicherung von 1871 a. G. München · Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Tel.: 089 55167-1871 · Fax: 089 55167-1212 · info@lv1871.de · www.lv1871.de



VERSORGUNGSVORSCHLAG

für

zu einer

Berufsunfähigkeitsversicherung

als

Golden BU als Privatversicherung

vom

12.06.2023

In diesem Dokument stellen wir Ihnen Vorteile, Informationen und Berechnungen für Ihren Versicherungsvertrag zusammen.

 **Auf einen Blick****Golden BU - die Berufsunfähigkeitsrente der LV 1871**

Mit der Golden BU der LV 1871 lässt sich für den Fall der Berufsunfähigkeit vorsorgen. Wird die versicherte Person berufsunfähig, leisten wir eine Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente). Diese Rente sichert ein regelmäßiges Einkommen und hilft den Lebensstandard zu erhalten. Zusätzliche Angaben zum Beispiel zur Ausbildung, zum Familienstand oder zu Lebensgewohnheiten können den Beitrag reduzieren.

 **Optionale Komponenten**

Beitragsdynamik: Die BU-Rente wächst mit – ganz wie mit Ihnen vereinbart. Der Dynamik kann beliebig oft widersprochen werden.

Verlängerte Leistungsdauer: Sie können eine verlängerte Rentendauer wählen – bis hin zur lebenslangen Leistung.

Leistung bei Arbeitsunfähigkeit: Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Nach sechs Monaten leisten wir eine Rente in Höhe der BU-Rente.

Pflegepaket: Pflege-Plus-Option, Pflegebeitragsbefreiung und Pflegebasisschutz sichern Sie für den Fall der Pflegebedürftigkeit ab.

jährliche garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall: Diese ist wählbar zwischen einem und drei Prozent der BU-Rente.

In diesem Versorgungsvorschlag bereits berücksichtigte Komponenten sind mit einem "Häkchen" gekennzeichnet. Nicht gekennzeichnete Komponenten stehen Ihnen noch zur Auswahl offen.

Ihre Vorteile im Überblick

- Beitragsgarantie bei Berufswechsel
- Anspruch auf Beratung und Unterstützung im Leistungsfall
- Wiedereingliederungshilfe bei Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit
- Rehabilitationshilfe (Kostenbeihilfe)
- Infektionsklausel (Tätigkeitsverbot bei ausgehender Infektionsgefahr)
- Umfangreiche Nachversicherungsmöglichkeiten ohne erneute Risikoprüfung
- Lebenslange Pflegerente: Diese sichert für den Fall der Pflegebedürftigkeit zusätzlich ab
- Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit

 **Ihre Vertragsdaten**

Im Folgenden zeigen wir Ihnen die Eckdaten zu Ihrem Vertrag auf.

 **Persönliche Daten**

Versicherungsnehmer:	geb. 01.01.2017
Versicherte Person:	geb. 01.01.2017

Dieser Berechnung haben wir folgende Daten zugrunde gelegt:

- ausgeübter Beruf: Schüler/in (Grundschule), Berufseinstufung 15
- Körpergröße: 130 cm
- Gewicht: 23 kg

 **Laufzeiten und Leistungen**

Produktbaustein	Versicherungsbeginn	Ende der Versicherungsdauer	Endalter	Ende der Leistungsdauer	monatlich garantierte Rente
Golden BU	01.07.2023	30.06.2084	67 Jahre, 6 Monate	30.06.2084	1.000,00 €

Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)

- Versicherungsform: Privatversicherung
- Versicherungsart: Einzelversicherung
- Tariftyp: Normaltarif
- Generationsdatum: 12.06.2023
- Rentenzahlweise: monatlich
- Überschussverwendung: Beitragsverrechnung
- Lebenslange Pflegerente in der BU
- Karenzzeit für die BU-Rente: 0 Monate
- Wartezeit: ohne
- Jährliche garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall: 0 Prozent
- Dynamik: jährliche Steigerung um 3% der/s Vorjahressumme

Beitrag

Produktbaustein	Bruttobeitrag monatlich	Zahlbeitrag *) monatlich	erstmals	letztmals	Beitragszahlungsdauer
Golden BU	73,69 €	48,64 €	01.07.2023	01.06.2084	61 Jahre, 0 Monate
Lebenslange Pflegerente	ohne Mehrbeitrag	ohne Mehrbeitrag			
Gesamtbeitrag	73,69 €	48,64 €			

*) Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Die Beiträge sind gemäß § 4 Absatz 1 Nr. 5 b) Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungssteuer befreit.

Erforderliche Unterlagen

Eine ärztliche Untersuchung für die versicherte Person ist bis zu einer Monatsrente von 3.000 Euro nicht erforderlich.

Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag

Beitrag

Sie haben sich für die Überschussverwendung Beitragsverrechnung entschieden. Bei den Beiträgen unterscheiden wir zwischen Bruttobeitrag und Zahlbeitrag:

- **Bruttobeitrag:** Der Bruttobeitrag benennt die Höhe der Beiträge, die für die gesamte Beitragszahlungsdauer garantiert sind. Sie gelten jeweils für die Produktbausteine, die in der Tabelle genannt sind.
- **Zahlbeitrag:** Der Zahlbeitrag bezeichnet die Beiträge, die Sie tatsächlich leisten. Diese fallen geringer aus als der Bruttobeitrag, weil wir unsere Versicherungsnehmer an den Sofortüberschüssen beteiligen. Diese Überschüsse ziehen wir vom Bruttobeitrag ab. **Die Höhe der Sofortüberschüsse ergibt sich nach derzeit festgelegten Anteilsätzen. Für die Folgejahre kann sie nicht garantiert werden. Bei einer Veränderung der Überschussanteilsätze steigt oder sinkt auch der Zahlbeitrag.**

Beitragsdynamik

Sie haben in Ihrem Vertrag eine Beitragsdynamik eingeschlossen. Damit erhöht sich Ihre Jahresrente jährlich um 3% Ihrer Vorjahressumme, maximal bis zum 01.07.2083. Die regelmäßigen Beitragserhöhungen wirken sich auch auf die Leistungen der Versicherung aus. Wie das konkret aussieht, können Sie der Tabelle zur individuellen Hochrechnung der Dynamik entnehmen.

Beitragsfreistellung

Sie können Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung beitragsfrei stellen. Dann zahlen Sie keine Beiträge mehr. Dadurch reduziert sich die BU-Absicherung entsprechend.

Leistung bei Berufsunfähigkeit

Ist die versicherte Person berufsunfähig oder pflegebedürftig, zahlen wir die garantierte Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente).

- Nicht garantierte Erhöhungen der BU-Rente erfolgen durch Überschussanteile und Bewertungsreserven. Aktuell würde sich hieraus ab dem zweiten Rentenjahr jährlich eine Erhöhung um 2,55 Prozent* der Vorjahresrente ergeben.
- Sie müssen keine weiteren Beiträge bezahlen.
- Die BU-Rente und die Beitragsbefreiung zahlen wir bis zum vereinbarten Endalter, solange eine Berufsunfähigkeit besteht.

- Anspruch auf Beratung und Unterstützung im Leistungsfall: Sie haben Anspruch darauf, dass wir Sie bei der Darlegung der Leistungsvoraussetzungen unterstützen und beraten. Zusätzlich helfen wir Ihnen bei der beruflichen Reintegration.

*) Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Sonderleistungen

- Wiedereingliederungshilfe: Endet unsere Leistungspflicht aufgrund der Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit zahlen wir eine einmalige Eingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten.
- Rehabilitationshilfe (Kostenbeihilfe): Haben Sie eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit einer Dauer von mindestens drei Wochen abgeschlossen, zahlen wir eine Kostenbeihilfe von 550,00 Euro.
- Umorganisationshilfe: Kann eine Berufsunfähigkeit durch zumutbare Umorganisation abgewendet werden, erbringen wir eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten.

Leistung lebenslange Pflegerente

Unter den folgenden Bedingungen zahlen wir die BU-Rente lebenslang weiter:

- Die versicherte Person ist bei Ablauf der Versicherungsdauer pflegebedürftig.
- Die Pflegebedürftigkeit hat während der vorausgegangenen zehn Jahre ununterbrochen bestanden.

Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit

Bei Nachweis einer Krebserkrankung, eines Herzinfarkts, eines Schlaganfalls, einer Querschnittslähmung oder eines vollständigen Sprach-, Seh- oder Hörverlusts zahlen wir die vereinbarte Rente für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten. In diesem Zeitraum müssen Sie keine Beiträge zahlen. Es genügt ein vereinfachter Nachweis der schweren Krankheit in Form eines Facharztberichts. Wir entscheiden über die Leistung innerhalb von fünf Arbeitstagen.

Nachversicherungsgarantie

Mit der Nachversicherungsgarantie besteht die Möglichkeit, die zum Zeitpunkt der Nachversicherung versicherte BU-Rente zu erhöhen. Hierfür muss sich die versicherte Person keiner erneuten Risikoprüfung unterziehen.

Unter bestimmten Voraussetzungen besteht das Recht auf ereignisabhängige Nachversicherung. Das bedeutet, dass die BU-Rente innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt eines besonderen Ereignisses wie Heirat, Geburt eines Kindes oder Gehaltserhöhung erhöht werden kann. Die bis dahin versicherte BU-Rente kann dann um bis zu 50 Prozent erhöht werden.

Alle drei Jahre haben Sie das Recht auf ereignisunabhängige Nachversicherung: Die versicherte BU-Rente kann um bis zu 250,00 Euro monatlich erhöht werden.

Bei der ereignisunabhängigen Nachversicherung besteht eine dreijährige Wartezeit: Tritt während der Wartezeit der Leistungsfall ein, erlischt die jeweilige Nachversicherung. Wir erstatten die Beiträge zurück, die Sie hierfür gezahlt haben. Es sei denn, die Berufsunfähigkeit wird ausschließlich durch einen Unfall verursacht. In diesem Fall erbringen wir die vereinbarte Leistung.

Das Recht auf Nachversicherung besteht bis zur Vollendung des 50. Lebensjahres. Die BU-Rente darf infolge der Erhöhung die Obergrenze für die Nachversicherung von 1.800,00 Euro monatlich nicht überschreiten.

Das gilt sowohl für die ereignisabhängige wie auch für die ereignisunabhängige Nachversicherung. Solange die versicherte Person in Ausbildung ist, beträgt die Obergrenze 1.100,00 Euro. Schließt die versicherte Person ihre Ausbildung ab, fällt die Beschränkung auf 1.100,00 Euro weg. Zudem können Sie die Obergrenze prüfen lassen. Sofern die versicherte Person dann einen Beruf ausübt, der dies zulässt, kann die Obergrenze nach oben angepasst werden.

Bitte beachten Sie hierzu auch die Bestimmungen zur Nachversicherungsgarantie des § 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie? der "Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)".

Karrieregarantie

Die Karrieregarantie kann ausgeübt werden, wenn die versicherte Person als Arbeitnehmer in einem unbefristetem Angestelltenverhältnis beschäftigt ist und die BU-Rente die Obergrenze, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist, erreicht hat. Voraussetzung ist, dass das monatliche regelmäßige Bruttoeinkommen im Rahmen einer Gehaltserhöhung im Vergleich

zum Vormonat um mindestens fünf Prozent steigt.

Im Rahmen der Karrieregarantie wird die Obergrenze für die Nachversicherung verdoppelt. Sie können die BU-Rente auf bis zu 3.600,00 Euro monatlich erhöhen. Die Karrieregarantie kann nicht ausgeübt werden, solange sich die versicherte Person in Ausbildung befindet. Übt die versicherte Person einen Beruf aus, für den eine Höchstgrenze für die versicherbare Jahresrente beim Abschluss von Neuverträgen besteht, kann die Karrieregarantie nur bis zu dieser Höchstgrenze ausgeübt werden.

Bitte beachten Sie hierzu auch die Bestimmungen zur Karrieregarantie des § 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie? der "Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)".

Infektionsklausel

Die versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr ein Tätigkeitsverbot erfolgt.

Steuerlicher Hinweis

Wie sich die Leistungen steuerlich auswirken, haben wir in diesem Versorgungsvorschlag nicht berücksichtigt. Bitte beachten Sie die Allgemeinen Angaben über die Steuerregelungen.

 **Wichtige Hinweise: Garantierte Leistungen und Überschussbeteiligung**

Sie haben Anspruch auf diejenigen Leistungen, die ausdrücklich als **garantiert** gekennzeichnet sind. Um diese Leistungsverpflichtung Ihnen gegenüber erfüllen zu können, müssen wir entsprechend vorsichtig kalkulieren. Dadurch entstehen im Allgemeinen Überschüsse, an denen Sie im Rahmen der Überschussbeteiligung teilhaben – zusätzlich zu den garantierten Leistungen.

Die Höhe dieser Überschussanteile hängt von den folgenden Faktoren ab: von der Verzinsung der Kapitalanlage, vom Verlauf der Invalidität in unserem Versicherungsbestand und von der Entwicklung unserer Kosten. Da diese Faktoren Schwankungen unterliegen, stellen wir die Überschussanteile für jedes Geschäftsjahr neu fest. Kurzfristige Schwankungen können wir in aller Regel ausgleichen. Bei lang anhaltenden Änderungen ist allerdings eine Anpassung nötig. Die Überschüsse Ihres Vertrags werden mit den Beiträgen verrechnet. Aus diesem Grund kann die Höhe Ihrer **Überschussbeteiligung** und Ihr **Zahlbeitrag nicht garantiert** werden. Ändert sich die Überschussbeteiligung, so beeinflusst das die dynamischen Erhöhungen, soweit Sie sie in Anspruch nehmen.

Auf Leistungen, die wir inklusive Überschussbeteiligung angegeben haben, können Sie keinen Anspruch erheben.

 **Individuelle Hochrechnung der Dynamik**

In dieser Tabelle lesen Sie, wie sich Ihr Beitrag und Ihre garantierte BU-Rente über die nächsten Jahre entwickeln.

ab dem	Erhöhungsrente monatlich	Erhöhungsbeitrag monatlich*)	BU-Rente nach Erhöhung monatlich	Gesamtzahlbeitrag inkl. Überschussbeteiligung nach Erhöhung monatlich*)
01.07.2024	30,00	1,44	1.030,00	50,08
01.07.2025	30,90	1,51	1.060,90	51,59
01.07.2026	31,83	1,57	1.092,73	53,16
01.07.2027	32,78	1,65	1.125,51	54,81
01.07.2028	33,77	1,72	1.159,28	56,53
01.07.2029	34,78	1,79	1.194,06	58,32
01.07.2030	35,82	1,89	1.229,88	60,21

ab dem	Erhöhungsrente monatlich	Erhöhungsbeitrag monatlich*)	BU-Rente nach Erhöhung monatlich	Gesamtzahlbeitrag inkl. Überschussbeteiligung nach Erhöhung monatlich*)
01.07.2031	36,90	1,96	1.266,78	62,17
01.07.2032	38,00	2,06	1.304,78	64,23
01.07.2033	39,14	2,16	1.343,92	66,39
01.07.2034	40,32	2,25	1.384,24	68,64
01.07.2035	41,53	2,36	1.425,77	71,00
01.07.2036	42,77	2,47	1.468,54	73,47
01.07.2037	44,06	2,59	1.512,60	76,06
01.07.2038	45,38	2,70	1.557,98	78,76
01.07.2039	46,74	2,84	1.604,72	81,60
01.07.2040	48,14	2,97	1.652,86	84,57
01.07.2041	49,59	3,10	1.702,45	87,67
01.07.2042	51,07	3,26	1.753,52	90,93
01.07.2043	52,61	3,43	1.806,13	94,36
01.07.2044	54,18	3,59	1.860,31	97,95
01.07.2045	55,81	3,77	1.916,12	101,72
01.07.2046	57,48	3,95	1.973,60	105,67
01.07.2047	59,21	4,13	2.032,81	109,80
01.07.2048	60,98	4,35	2.093,79	114,15
01.07.2049	62,81	4,54	2.156,60	118,69
01.07.2050	64,70	4,77	2.221,30	123,46
01.07.2051	66,64	5,00	2.287,94	128,46
01.07.2052	68,64	5,24	2.356,58	133,70
01.07.2053	70,70	5,49	2.427,28	139,19
01.07.2054	72,82	5,77	2.500,10	144,96
01.07.2055	75,00	6,04	2.575,10	151,00
01.07.2056	77,25	6,34	2.652,35	157,34
01.07.2057	79,57	6,64	2.731,92	163,98
01.07.2058	81,96	6,97	2.813,88	170,95
01.07.2059	84,42	7,30	2.898,30	178,25
01.07.2060	86,95	7,66	2.985,25	185,91
01.07.2061	89,56	8,00	3.074,81	193,91
01.07.2062	92,24	8,38	3.167,05	202,29

ab dem	Erhöhungsrente monatlich	Erhöhungsbeitrag monatlich*)	BU-Rente nach Erhöhung monatlich	Gesamtzahlbeitrag inkl. Überschussbeteiligung nach Erhöhung monatlich*)
01.07.2063	95,01	8,75	3.262,06	211,04
01.07.2064	97,86	9,13	3.359,92	220,17
01.07.2065	100,80	9,51	3.460,72	229,68
01.07.2066	103,82	9,89	3.564,54	239,57
01.07.2067	106,94	10,27	3.671,48	249,84
01.07.2068	110,14	10,66	3.781,62	260,50
01.07.2069	113,45	11,04	3.895,07	271,54
01.07.2070	116,85	11,41	4.011,92	282,95
01.07.2071	120,36	11,74	4.132,28	294,69
01.07.2072	123,97	12,02	4.256,25	306,71
01.07.2073	127,69	12,25	4.383,94	318,96
01.07.2074	131,52	12,39	4.515,46	331,35
01.07.2075	135,46	12,42	4.650,92	343,77
01.07.2076	139,53	12,34	4.790,45	356,11
01.07.2077	143,71	12,08	4.934,16	368,19
01.07.2078	148,02	11,61	5.082,18	379,80
01.07.2079	152,47	10,87	5.234,65	390,67
01.07.2080	157,04	9,78	5.391,69	400,45
01.07.2081	161,75	8,26	5.553,44	408,71
01.07.2082	166,60	6,19	5.720,04	414,90
01.07.2083	171,60	3,40	5.891,64	418,30

Alle Angaben in Euro.

*) Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

 **Individuelle Hochrechnungen**

In der folgenden Tabelle finden Sie die Garantiewerte Ihres Vertrags.

Wenn Sie Ihren Vertrag vollständig kündigen, erlischt die Versicherung. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig. Es besteht auch die Möglichkeit, den Vertrag beitragsfrei zu stellen. Dann wird die Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt. Hiervon wird ein Abzug einbehalten. Dadurch reduziert sich die BU-Rente. In dieser Tabelle lesen Sie, wie sich der Rückkaufswert des Vertrags in den nächsten Jahren entwickelt. Der Rückkaufswert bildet die Basis für die beitragsfreie Jahresrente. Zudem finden Sie hier, in welcher Höhe ein Abzug erfolgt.

Der Rückkaufswert (gemäß §169 Absatz 3 VVG) entsteht dadurch, dass über die Vertragslaufzeit ein gleichbleibender Bei-

trag kalkuliert wird. Für das Berufsunfähigkeitsrisiko ist in den ersten Jahren kalkulatorisch nur ein geringerer Beitrag notwendig. Der vorgeleistete Beitrag wird zurückgestellt, um die notwendigen höheren Beiträge in späteren Jahren auszugleichen. Im weiteren Vertragsverlauf der Berufsunfähigkeitsversicherung nimmt der Rückkaufswert (gemäß §169 Absatz 3 VVG) daher wieder ab und beträgt bei Ablauf 0 Euro.

In den individuellen Hochrechnungen ist angenommen, dass Sie die planmäßige Beitragserhöhung in Anspruch nehmen.

In den angegebenen Werten ist die Überschussbeteiligung nicht berücksichtigt.

Garantiewerte bei Kündigung des Gesamtvertrages

Im Falle einer Kündigung erlischt die Versicherung, ohne dass ein Rückkaufswert fällig wird.

Garantiewerte bei Beitragsfreistellung des Gesamtvertrages

zum	Rückkaufswert (gemäß § 169 Absatz 3 VVG)	monatliche beitragsfreie BU-Rente (vor Abzug)	Abzug (gemäß § 169 Absatz 5 VVG)	Minderung monatliche beitragsfreie BU-Rente durch Abzug	monatliche beitragsfreie BU-Rente (nach Abzug)
01.07.2024	319,72	5,97	319,72	5,97	0,00
01.07.2025	649,49	12,20	649,49	12,20	0,00
01.07.2026	989,71	18,71	989,71	18,71	0,00
01.07.2027	1.340,60	25,51	1.340,60	25,51	0,00
01.07.2028	1.702,38	32,62	1.702,38	32,62	0,00
01.07.2029	2.254,26	43,49	2.153,73	41,55	1,94
01.07.2030	2.823,22	54,86	2.418,87	47,00	7,86
01.07.2031	3.409,08	66,72	2.691,90	52,68	14,04
01.07.2032	4.012,03	79,10	2.972,93	58,61	20,49
01.07.2033	4.631,76	92,01	3.261,87	64,80	27,21
01.07.2034	5.250,16	105,12	3.551,50	71,11	34,01
01.07.2035	5.868,83	118,48	3.842,51	77,57	40,91
01.07.2036	6.488,64	132,13	4.135,29	84,21	47,92
01.07.2037	7.114,30	146,18	4.431,74	91,06	55,12
01.07.2038	7.749,67	160,72	4.733,47	98,17	62,55
01.07.2039	8.397,61	175,84	5.041,66	105,57	70,27
01.07.2040	9.064,88	191,70	5.359,05	113,33	78,37
01.07.2041	9.759,11	208,48	5.688,73	121,52	86,96
01.07.2042	10.482,83	226,28	6.031,78	130,20	96,08
01.07.2043	11.232,22	245,05	6.386,69	139,33	105,72
01.07.2044	11.991,95	264,56	6.747,40	148,86	115,70
01.07.2045	12.754,29	284,68	7.110,85	158,72	125,96
01.07.2046	13.514,14	305,37	7.475,06	168,91	136,46

zum	Rückkaufwert (gemäß § 169 Absatz 3 VVG)	monatliche beitragsfreie BU-Rente (vor Abzug)	Abzug (gemäß § 169 Absatz 5 VVG)	Minderung monatliche beitragsfreie BU-Rente durch Abzug	monatliche beitragsfreie BU-Rente (nach Abzug)
01.07.2047	14.250,59	326,28	7.831,72	179,31	146,97
01.07.2048	14.948,42	347,17	8.174,80	189,86	157,31
01.07.2049	15.643,55	368,76	8.518,71	200,81	167,95
01.07.2050	16.335,16	391,12	8.863,19	212,22	178,90
01.07.2051	17.020,67	414,25	9.207,27	224,09	190,16
01.07.2052	17.697,50	438,18	9.549,97	236,45	201,73
01.07.2053	18.363,07	462,94	9.890,33	249,34	213,60
01.07.2054	19.014,42	488,54	10.227,23	262,77	225,77
01.07.2055	19.645,84	514,97	10.558,44	276,77	238,20
01.07.2056	20.247,96	542,11	10.880,29	291,31	250,80
01.07.2057	20.810,10	569,83	11.188,58	306,37	263,46
01.07.2058	21.318,69	597,92	11.477,95	321,92	276,00
01.07.2059	21.760,36	626,17	11.743,13	337,92	288,25
01.07.2060	22.122,58	654,37	11.979,20	354,34	300,03
01.07.2061	22.388,36	682,17	12.179,41	371,10	311,07
01.07.2062	22.538,68	709,15	12.336,27	388,15	321,00
01.07.2063	22.552,51	734,75	12.441,42	405,33	329,42
01.07.2064	22.408,68	758,34	12.486,50	422,56	335,78
01.07.2065	22.092,01	779,33	12.465,52	439,74	339,59
01.07.2066	21.602,13	797,40	12.378,43	456,92	340,48
01.07.2067	20.999,00	813,99	12.249,30	474,82	339,17
01.07.2068	20.306,57	829,63	12.087,83	493,85	335,78
01.07.2069	19.399,20	840,00	11.843,83	512,85	327,15
01.07.2070	18.267,18	843,70	11.513,55	531,77	311,93
01.07.2071	16.893,82	838,54	11.090,40	550,48	288,06
01.07.2072	15.256,96	821,22	10.565,65	568,71	252,51
01.07.2073	13.329,30	786,66	9.928,47	585,95	200,71
01.07.2074	11.158,21	731,35	9.197,94	602,87	128,48
01.07.2075	8.740,48	646,53	8.372,89	619,34	27,19
01.07.2076	6.156,28	523,99	6.156,28	523,99	0,00
01.07.2077	3.444,22	345,95	3.444,22	345,95	0,00
01.07.2078	707,39	86,68	707,39	86,68	0,00

zum	Rückkaufwert (gemäß § 169 Absatz 3 VVG)	monatliche beitragsfreie BU-Rente (vor Abzug)	Abzug (gemäß § 169 Absatz 5 VVG)	Minderung monatliche beitragsfreie BU-Rente durch Abzug	monatliche beitragsfreie BU-Rente (nach Abzug)
01.07.2079	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.07.2080	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.07.2081	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.07.2082	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
01.07.2083	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Alle Angaben in Euro.

Die Begriffe, die wir im Versorgungsvorschlag verwenden, haben wir im Glossar erläutert. Das Glossar ist in Ihren vorvertraglichen Informationen enthalten.

§ Vertragsgrundlagen

Für den angebotenen Versicherungsvertrag gelten die im Folgenden näher bezeichneten Allgemeinen und/oder Besonderen Versicherungsbedingungen:

- Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)
- Allgemeine Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsversicherung bei Unfall
- Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Dynamik) ohne erneute Risikoprüfung

Ihr Ansprechpartner

Bei Fragen wenden Sie sich gerne an

Lebensversicherung von 1871 a. G. München
 Maximiliansplatz 5
 80333 München

Tel. 089 / 5 51 67 - 1111
 Fax 089 / 5 51 67 - 1112
 info@lv1871.de
 www.lv1871.de

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)
 Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
 Briefanschrift: LV 1871 · 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 11 11
 Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
 info@lv1871.de www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats
 Dr. Peter Hohenemser

Vorstand
 Wolfgang Reichel (Vorsitzender des Vorstands), Dr. Klaus Math, Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG
 SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
 IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform
 Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

Sitz München
 AG München HRB 194
 USt-IdNr.: DE 129274608

Glossar für die Berufsunfähigkeitsversicherung

Im Folgenden erläutern wir Ihnen Fachbegriffe, die wir in den vorvertraglichen Informationen sowie in den Vertragsdokumenten der Berufsunfähigkeitsversicherung verwenden. Nicht alle Begriffe treffen auf Ihren Vertrag zu.

Ablaufmanagement

Das Ablaufmanagement dient zur Sicherung von Börsenerfolgen in den letzten fünf Jahren vor dem vereinbarten Ende der Versicherungsdauer. Um das mögliche Risiko von Verlusten zu minimieren, fließt monatlich ein Anteil in einen risikoärmeren Investmentfonds.

Abstrakte Verweisung

Bei der abstrakten Verweisung kann die versicherte Person auf eine andere als die bisher ausgeübte berufliche Tätigkeit verwiesen werden, auch wenn sie diese nicht konkret ausübt. Wir verzichten auf die Möglichkeit einer abstrakten Verweisung.

Abzug (gemäß § 169 Absatz 5 VVG)

Der Abzug (gemäß § 169 Absatz 5 VVG) ist der vertraglich vereinbarte Betrag, der bei Beitragsfreistellung des Vertrags von dem Rückkaufswert (gemäß § 169 Absatz 3 VVG) abgezogen wird.

Activities of Daily Living (ADL)

Dazu zählen folgende alltägliche Verrichtungen: sich im Zimmer fortbewegen, aufstehen und zu Bett gehen, sich an- und ausziehen, essen und trinken, sich waschen und kämmen oder rasieren, seine Notdurft verrichten.

Anlagestock

Im Fall der Überschussverwendung Fondsguthaben oder der Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung ist die Versicherung vor Ablauf der Aufschubzeit unmittelbar an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock) beteiligt. Dieses Sondervermögen besteht aus Anteilen von Fonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind. Wir legen den Anlagestock gesondert von unserem sonstigen Vermögen an.

Auszahlungen aus dem Fondsguthaben

Im Fall der Überschussverwendung Fondsguthaben oder Teilweise Beitragsverrechnung können Sie während der Vertragslaufzeit Auszahlungen aus dem Fondsguthaben vornehmen. Hierfür sind Voraussetzungen zu beachten.

beitragsfreie BU-Rente (nach Abzug)

Dieser Wert ist die beitragsfreie Rente, die sich nach Abzug der Minderung beitragsfreie BU-Rente ergibt. Im Falle der Berufsunfähigkeit wird diese Rente ausgezahlt.

beitragsfreie BU-Rente (vor Abzug)

Dieser Wert ist die beitragsfreie Rente, die sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufswertes (gemäß § 169 Absatz 3 VVG) ergibt.

Beitragsverrechnung

siehe *Überschussverwendung Beitragsverrechnung*

Beitragszahlungsdauer

Während der Beitragszahlungsdauer leisten Sie die Beiträge zu Ihrer Versicherung.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven ergeben sich, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Diese Werte sind auch in unserem Geschäftsbericht zu finden. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und ermöglichen es, kurzfristige Schwankungen auf den Kapitalmärkten auszugleichen.

Börsentage

Börsentage sind die Tage, an denen an einer bestimmten Börse Handel stattfindet.

Bonusrente

siehe *Überschussverwendung Bonusrente*

BU-Rente (nach Abzug), beitragsfreie

siehe *beitragsfreie BU-Rente (nach Abzug)*

BU-Rente (vor Abzug), beitragsfreie

siehe *beitragsfreie BU-Rente (vor Abzug)*

Deckungskapital

Hierbei handelt es sich um einen versicherungsrechtlichen Begriff. Er bezeichnet das garantierte Guthaben, das in einer Versicherung zu einem bestimmten Zeitpunkt vorhanden ist.

Dynamik

Wurde eine Beitragsdynamik vereinbart, erhöht sich der Beitrag jährlich im vereinbarten Umfang. Sowohl der Beitrag als auch die Leistungen werden durch die Dynamik regelmäßig erhöht. Eine erneute Risikoprüfung ist nicht nötig. Dieser automatischen Erhöhung können Sie ohne Angabe von Gründen widersprechen.

Dynamiknachtrag

Wenn Sie eine Dynamik vereinbart haben, erhalten Sie zum Ende jedes Versicherungsjahres einen Dynamiknachtrag. Dieser informiert Sie über die genaue Höhe der Beitragsanpassung und wie sich die Leistung entwickelt.

Fondsguthaben

Die Anteile an Investmentfonds, die auf Ihren Vertrag entfallen, bilden das Fondsguthaben Ihrer Versicherung.

Hochschule

Dazu zählen alle Universitäten, Fachhochschulen und die Dualen Hochschulen.

Karenzzeit

Ist eine Karenzzeit vereinbart, beginnt bei Eintritt der Berufsunfähigkeit innerhalb der Versicherungsdauer zunächst die Karenzzeit zu laufen. Die Rentenzahlungen beginnen erst nach Ablauf der Karenzzeit.

Leistungsdauer

Der Zeitraum, in dem wir Leistungen erbringen, wird als Leistungsdauer bezeichnet. Leistungsdauer und Versicherungsdauer können unterschiedlich lang sein.

Minderung beitragsfreie BU-Rente durch Abzug

Dieser Wert stellt den Abzug dar, der nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik in eine Rente umgerechnet wurde. Die beitragsfreie Rente wird um diesen Wert vermindert.

monatliche beitragsfreie BU-Rente (nach Abzug)

siehe *beitragsfreie BU-Rente (nach Abzug)*

monatliche beitragsfreie BU-Rente (vor Abzug)

siehe *beitragsfreie BU-Rente (vor Abzug)*

Rechnungsmäßiges Alter

Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem aktuellen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr.

regelmäßiges Bruttoeinkommen

Zu den regelmäßigen Einkünften gehören alle fixen Vergütungsbestandteile, auf die ein arbeitsrechtlicher Anspruch besteht, also etwa ein arbeitsvertraglich vereinbartes Festgehalt, der Höhe nach fest vereinbarte Gratifikationen wie Urlaubs- oder

Weihnachtsgeld, unveränderliche Schichtzulagen bei ständiger Wechselschichtarbeit. **Nicht dazu gehören** variable Vergütungsbestandteile, die nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen gezahlt werden, also zum Beispiel am Umsatz oder Gewinn orientierte Provisionen, Gratifikationen oder Tantiemen, nach einer individuellen Zielvereinbarung oder Zielvorgabe bemessene Boni, Überstundenvergütungen oder Schichtzulagen für freiwillig geleistete Nacht- oder Feiertagsschichten.

regelmäßiges monatliches Bruttoeinkommen

Zu den regelmäßigen monatlichen Einkünften gehören alle fixen monatlichen Vergütungsbestandteile, auf die ein arbeitsrechtlicher Anspruch besteht, also etwa ein arbeitsvertraglich vereinbartes monatliches Festgehalt, unveränderliche Schichtzulagen bei ständiger Wechselschichtarbeit. **Nicht dazu gehören** nicht monatlich gezahlte Vergütungsbestandteile wie etwa Urlaubs- oder Weihnachtsgeld und variable Vergütungsbestandteile, die nur bei Vorliegen bestimmter Voraussetzungen gezahlt werden, also zum Beispiel am Umsatz oder Gewinn orientierte Provisionen, Gratifikationen oder Tantiemen, nach einer individuellen Zielvereinbarung oder Zielvorgabe bemessene Boni, Überstundenvergütungen oder Schichtzulagen für freiwillig geleistete Nacht- oder Feiertagsschichten.

Rückkaufswert (gemäß § 169 Absatz 3 VVG)

Der Rückkaufswert (gemäß § 169 Absatz 3 VVG) ist das gemäß § 169 Absatz 3 VVG berechnete Deckungskapital des Vertrages, das zur Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung steht. Dieses berechnet sich nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Eine Auszahlung des Rückkaufwertes (gemäß § 169 Absatz 3 VVG) bei Kündigung erfolgt nicht.

Shift und Switch

Shift und Switch stellen zwei Möglichkeiten dar einen Fondswechsel vorzunehmen. Mit einem Shift kann das bisher angesparte Fondsguthaben in andere Fonds umgeschichtet werden. Es können auch nur die künftigen Beiträge in anderen Fonds angelegt werden. Dies bezeichnet man als Switch. Zur Auswahl stehen Ihnen jeweils die von uns angebotenen Fonds.

Textform

Eine Übermittlung in Textform kann zum Beispiel in Papierform, per E-Mail oder per Fax erfolgen.

Todesfalleistung

Dies ist der Wert, der bei Tod der versicherten Person ausgezahlt wird.

Überschussbeteiligung

Beiträge und Leistungen werden von uns vorsichtig kalkuliert. Deswegen entstehen im allgemeinen Überschüsse, an denen die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt werden. Hinzu kann eine Beteiligung an den Bewertungsreserven kommen.

Überschussverwendung Beitragsverrechnung

Die Überschussanteile verrechnen wir mit dem Bruttobeitrag. Dadurch ergibt sich ein niedrigerer Zahlbeitrag.

Überschussverwendung Bonusrente

Die Überschussanteile verwenden wir zur Finanzierung einer zusätzlichen Rente für den Leistungsbezug.

Überschussverwendung Fondsguthaben

Die Überschussanteile investieren wir in die von Ihnen gewählten Fonds.

Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung

Die Überschussanteile investieren wir teilweise in die von Ihnen gewählten Fonds und teilweise verrechnen wir sie mit dem Bruttobeitrag. Dadurch ergibt sich ein niedrigerer Zahlbeitrag.

Überschussverwendung Verzinsliche Ansammlung

Die Überschussanteile sammeln wir auf einem separaten Konto verzinst an.

Versicherte Person

Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben oder Gesundheit die Versicherung abgeschlossen wird.

Versicherungsdauer

Wird die versicherte Person in diesem Zeitraum berufsunfähig, zahlen wir die Leistung.

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist diejenige Person, die die Versicherung beantragt. Die Versicherung wird zwischen dem Versicherer und dem Versicherungsnehmer geschlossen.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode richtet sich nach der gewählten Zahlungsweise. Bei Jahreszahlung beträgt sie beispielsweise ein Jahr. Bei unterjähriger Beitragszahlung beträgt sie entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr beziehungsweise ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein dokumentiert einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag. Er wird von uns regelmäßig als Urkunde ausgestellt.

Verzinsliche Ansammlung

siehe *Überschussverwendung Verzinsliche Ansammlung*

Wartezeit

Ist eine Wartezeit vereinbart und tritt die Berufsunfähigkeit innerhalb der Wartezeit ein, erhalten Sie keine Leistung. Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung oder der Teil der Versicherung, auf den sich die Wartezeit bezieht, erlischt. Ausnahme: Wird die Berufsunfähigkeit innerhalb der Wartezeit ausschließlich durch einen Unfall verursacht, erhalten Sie die vereinbarten Leistungen.

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)

Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Briefanschrift: LV 1871 · 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 11 11
Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
info@lv1871.de www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats

Dr. Peter Hohenemser

Vorstand

Wolfgang Reichel (Vorsitzender des Vorstands), Dr. Klaus Math, Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG

SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform

Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

Sitz München

AG München HRB 194
USt-IdNr.: DE 129274608

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:

Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Maximiliansplatz 5
80333 München

Bei einem Widerruf per Telefax ist der Widerruf an folgende Faxnummer zu richten:
089/ 5 51 67 - 12 12

Bei einem Widerruf per E-Mail ist der Widerruf an folgende E-Mail-Adresse zu richten:
info@lv1871.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 Beiträge zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)
Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Briefanschrift: LV 1871 · 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 11 11
Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
info@lv1871.de www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Dr. Peter Hohenemser

Vorstand
Wolfgang Reichel (Vorsitzender
des Vorstands), Dr. Klaus Math,
Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform
Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

Sitz München
AG München HRB 194
UST-IdNr.: DE 129274608

1,62 €*) je Tag, an dem Versicherungsschutz bestanden hat. 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

Aufzistung 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 Beiträge einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)
Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Briefanschrift: LV 1871 · 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 11 11
Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
info@lv1871.de www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Dr. Peter Hohenemser

Vorstand
Wolfgang Reichel (Vorsitzender
des Vorstands), Dr. Klaus Math,
Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform
Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

Sitz München
AG München HRB 194
UST-IdNr.: DE 129274608

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 Beiträge;
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;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrages 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 Vertrages 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 den Beitrag einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil des Jahresbeitrags unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil des Jahresbeitrags 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 beitragsfreie oder eine beitragsreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer beitragsfreien oder beitragsreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
8. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Ende der Widerrufsbelehrung

*) Bitte beachten Sie: Diese Werte können nicht garantiert werden.

Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871)
Hauptverwaltung: Maximiliansplatz 5 · 80333 München
Briefanschrift: LV 1871 · 80326 München

Telefon 089 / 5 51 67 - 11 11
Telefax 089 / 5 51 67 - 12 12
info@lv1871.de www.lv1871.de

Vorsitzender des Aufsichtsrats
Dr. Peter Hohenemser

Vorstand
Wolfgang Reichel (Vorsitzender
des Vorstands), Dr. Klaus Math,
Hermann Schrögenauer

UniCredit Bank AG
SWIFT (BIC): HYVEDEMMXXX
IBAN: DE76 7002 0270 0053 3007 58

Rechtsform
Versicherungsverein
auf Gegenseitigkeit

Sitz München
AG München HRB 194
USt-IdNr.: DE 129274608

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

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung.



Was ist versichert?

✓ **Berufsunfähigkeit**

Wird die versicherte Person berufsunfähig, zahlen wir eine garantierte Berufsunfähigkeitsrente von monatlich 1.000,00 Euro.

Diese Rente zahlen wir, solange die versicherte Person berufsunfähig ist, längstens bis zum 30.06.2084.

Solange wir eine Rente leisten, brauchen Sie keine Beiträge zu zahlen.

Die versicherte Person ist berufsunfähig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann beziehungsweise sechs Monate nicht mehr ausüben konnte.

Wir verweisen nicht auf eine andere Tätigkeit, die nicht konkret ausgeübt wird (Verzicht auf abstrakte Verweisung).

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

Die versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn sie pflegebedürftig ist. Sie ist pflegebedürftig, wenn sie infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie täglich die Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang benötigt:

- bei mindestens drei Verrichtungen des täglichen Lebens (zum Beispiel Fortbewegen im Zimmer)
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel.

Bitte beachten Sie, dass die von uns verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit nicht mit den Begriffen in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.



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 eingeschränkt oder ausgeschlossen sein. Dazu zählt zum Beispiel, wenn die Berufsunfähigkeit auf den folgenden Umständen beruht:

- ! Die vorsätzliche Ausführung oder der Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.
- ! Die vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, die vorsätzliche Selbstverletzung oder die versuchte Selbsttötung.
- ! Teilnahme an inneren Unruhen oder kriegerischen Ereignissen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen uns die zur Prüfung notwendigen Unterlagen einreichen, insbesondere zum Beispiel Arztberichte und Informationen über den zuletzt ausgeübten Beruf. Die versicherte Person muss sich gegebenenfalls von weiteren Ärzten untersuchen lassen.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (das heißt ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem 01.07.2023. Die Folgebeiträge müssen Sie monatlich jeweils im Voraus zahlen. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages, frühestens jedoch am 01.07.2023. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Sie sind versichert, wenn die Berufsunfähigkeit bis zum 30.06.2084 eintritt.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag in Textform (zum Beispiel Papierform, E-Mail) jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen. Mit Ihrer Kündigung erlischt die Versicherung. Ein Rückkaufswert wird nicht fällig. Sie haben keinen Versicherungsschutz mehr.

Prämie; Kosten

Beitrag

Produktbaustein	Bruttobeitrag monatlich	Zahlbeitrag *) monatlich	erstmals	letztmals	Beitragszahlungsdauer
Golden BU	73,69 €	48,64 €	01.07.2023	01.06.2084	61 Jahre, 0 Monate
Lebenslange Pflegerente	ohne Mehrbeitrag	ohne Mehrbeitrag			
Gesamtbeitrag	73,69 €	48,64 €			

*) Unmittelbar ab Versicherungsbeginn wird Ihr Vertrag zudem an entstehenden Überschüssen beteiligt. Dadurch ermäßigt sich der Bruttobeitrag. In der Folgezeit kann die Ermäßigung jedes Jahr unterschiedlich hoch sein oder auch ganz entfallen.

Abschluss- und Vertriebskosten und übrige Kosten (Verwaltungskosten)

Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige Kosten (Verwaltungskosten). Dazu gehören zum Beispiel: Aufwände für die Angebotssoftware, Provisions- oder Courtagezahlungen an den Vermittler, das Einrichten des Vertrages, Kundenbetreuung und -service, Vertriebsunterstützung, Risikoprüfung und laufende Vertragsverwaltung. Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten sind im kalkulierten Bruttobeitrag von jährlich 884,28 Euro bereits enthalten. Bei den übrigen Kosten handelt es sich um Verwaltungskosten.

Wir berechnen folgende Kosten:

Abschluss- und Vertriebskosten

einmalig	884,28 €
Prozentsatz der Bruttobeitragssumme	1,64 %

Übrige Kosten (Verwaltungskosten)

jährlich für eine Laufzeit von 61 Jahren, 0 Monaten	141,84 €
---	----------

Diese Wertangaben basieren auf einer vorsichtigen Kalkulation, zu der wir nach § 138 VAG (Versicherungsaufsichtsgesetz) gesetzlich verpflichtet sind. Die Wertangaben sind daher in der Regel höher als die tatsächlich entstehenden Kosten. Dadurch entstehen Überschüsse, an denen wir Sie im Rahmen der Überschussbeteiligung angemessen beteiligen.

Sonstige Kosten

Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Dies erfolgt entweder als pauschaler Abgeltungsbetrag oder in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten. Als pauschale Abgeltung legen wir derzeit folgende Beträge zugrunde (eine aktuelle Kostentabelle können Sie jederzeit bei uns anfordern):

Beitragsfreistellung	0 Euro
Wiederinkraftsetzung	0 Euro
Abtretung oder Verpfändung jeweils	0 Euro
Policendarlehen	0 Euro
Beitragsrechnung	0 Euro
Änderung Fondsanlage (Shift)	0 Euro
Änderung Beitragsaufteilung (Switch)	0 Euro
Mitteilung Aktivwerte	0 Euro
Ausstellen einer Ersatzurkunde oder eines neuen Versicherungsscheins jeweils	10 Euro
Abschriften	10 Euro
Postvollmacht	20 Euro
Cash-To-Go-Option	20 Euro
Lock-In	20 Euro
Änderung der Erlebensfallgarantie	20 Euro
Teilauszahlung	20 Euro

Teilkündigung	20 Euro
Stundung	20 Euro
Ausscheiden aus einem beziehungsweise Aufnahme in einen Kollektivvertrag	20 Euro
Übertragung Riester	20 Euro
Summenerhöhung	20 Euro
Laufzeitänderung	20 Euro
Schließen einer Beitragslücke	20 Euro
Tarifänderung	20 Euro
Änderung des Versicherungsnehmers	20 Euro
Übertragung Bezugsrecht auf Vorsorgeanbieter vor Leistungseintritt	20 Euro
sonstige Vertragsänderungen	20 Euro
Rückläufer einer Lastschrift	die von der Bank in Rechnung gestellten Kosten
Interne Teilung aufgrund Versorgungsausgleich	3 % des Anteils in der Ehezeit, maximal 500 Euro



Vertragsinformationen

Informationen zum Versicherer

1. Identität und ladungsfähige Anschrift des Versicherers

Lebensversicherung von 1871 a. G. München
Maximiliansplatz 5
80333 München

vertreten durch den Vorstand:

**Wolfgang Reichel (Vorstandsvorsitzender),
Dr. Klaus Math, Hermann Schrögenauer**

Vorsitzender des Aufsichtsrats:

Dr. Peter Hohenemser

Sitz München, AG München HRB 194

Rechtsform: Versicherungsverein auf Gegenseitigkeit

2. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Lebensversicherung von 1871 a. G. München (LV 1871) betreibt unmittelbar und mittelbar alle Arten der Lebensversicherung einschließlich ihrer Zusatzversicherungen sowie Kapitalisierungsgeschäfte und die Verwaltung von Versorgungseinrichtungen.

3. Garantiefonds

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. des Versicherungsaufsichtsgesetzes), der bei der Protaktor Lebensversicherungs-AG (Sicherungsfonds für die Lebensversicherer), Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin, www.protaktor-ag.de, errichtet ist. Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungsfonds übertragen. Geschützt durch den Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Versicherungsvertrag begünstigter Personen. Die Lebensversicherung von 1871 a. G. München gehört dem Sicherungsfonds an.

Informationen zur angebotenen Leistung

4. Versicherungsbedingungen, wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen und ggf. Besonderen Versicherungsbedingungen können Sie Ihrem Versorgungsvorschlag entnehmen. In den Bedingungen sind Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers enthalten. Einzelheiten enthält Ihr Versorgungsvorschlag unter "Leistungen" und "Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag für Sie".

5. Gesamtpreis der Versicherung

In Ihrem Versorgungsvorschlag ist unter "Beitrag" und "Erläuterungen zum Beitrag" der Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile ausgewiesen.

6. Zusätzlich anfallende Steuern, Gebühren oder Kosten

Etwaige zusätzlich anfallende Gebühren oder Kosten finden Sie:

- bei Tarifen mit einem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten in Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter "Prämie; Kosten"
- bei Tarifen mit Basisinformationsblatt in Ihrem Versorgungsvorschlag unter der Überschrift "Ausweis der Kosten"

Informationen über anfallende Steuern entnehmen Sie bitte dem Dokument "Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen".

7. Zahlung und Erfüllung

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise des Beitrags sind in Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Überschriften "Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?"/"Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?" sowie in Ihrem Versorgungsvorschlag unter "Beitrag" und "Erläuterungen zu unserem Versorgungsvorschlag für Sie" dargestellt.

8. Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen

Die Gültigkeit der Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen ist auf 60 Tage befristet.

Informationen zum Vertrag

9. Zustandekommen des Vertrages

Der Versicherungsvertrag kommt durch zwei übereinstimmende Willenserklärungen zustande. Im Falle der Antragsstellung ist Ihre Willenserklärung der Antrag, unsere Willenserklärung ist der Versicherungsschein. Mit Zugang unserer Annahmeerklärung, die durch Übersendung des Versicherungsscheins erfolgt, ist der Versicherungsvertrag rechtlich wirksam zustande gekommen. Auf die Einhaltung einer Antragsbindefrist wird verzichtet.

Im Falle einer unverbindlichen Angebotsanfrage durch Sie, ist unsere Willenserklärung das verbindliche Angebot. Ihre Willenserklärung erfolgt durch schriftliche Annahme dieses Angebots. Der Versicherungsvertrag kommt drei Tage nach Absenden Ihrer Annahmeerklärung an uns zustande. Wir dokumentieren den Vertragsschluss nochmals durch die Übersendung eines Versicherungsscheines. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist und Sie den ersten oder einmaligen Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

10. Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die ausführliche Widerrufsbelehrung finden Sie in Ihrem Versorgungsvorschlag unter "Widerrufsbelehrung" bzw. entnehmen Sie dem separaten Dokument zur Widerrufsbelehrung.

11. Laufzeit des Vertrages

Angaben zur Laufzeit und gegebenenfalls zur Mindestlaufzeit des Vertrages enthält Ihr Versorgungsvorschlag unter "Laufzeiten" und "Leistungen".

12. Beendigung des Vertrages

Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Überschriften "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?" und "Welchen Stornoabzug erheben wir bei Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?"/"Welchen Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?"/"Wann erheben wir einen zusätzlichen Selektionsabzug bei Kündigung Ihrer Versicherung?" sowie im "Anhang der AVB zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung".

Falls Sie zur Ihrem Vertrag eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschließen, finden Sie Angaben zur Beendigung der Zusatzversicherung(en) in den jeweiligen Besonderen Bedingungen unter der Überschrift "Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?"

13. Anwendbares Recht und zuständiges Gericht

Auf den Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Angaben über den Gerichtsstand sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "Wo ist der Gerichtsstand?" enthalten.

14. Vertrags- und Korrespondenzsprache

Die Vertragsbedingungen und die erforderlichen Informationen sowie die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrages erfolgen in deutscher Sprache.

Informationen zum Rechtsweg

15. Außergerichtliche Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Angaben zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und den Voraussetzungen hierfür finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?". Sie finden dort auch den Hinweis auf die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

16. Zuständige Aufsichtsbehörde

Angaben zur zuständigen Aufsichtsbehörde sowie zur Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?".

Weitere Informationen zur Lebensversicherung und Berufsunfähigkeitsversicherung

17. Kosten

Angaben zur Höhe der in der Prämie einkalkulierten Kosten entnehmen Sie:

- bei Tarifen mit einem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter "Prämie; Kosten"
- bei Tarifen mit Basisinformationsblatt Ihrem Versorgungsvorschlag unter der Überschrift "Ausweis der Kosten"

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir außerdem die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag in Rechnung stellen. Die Einzelheiten hierzu sind in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter "Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?" geregelt.

Die Höhe der Kosten finden Sie:

- bei Tarifen mit einem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten in Ihrem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten unter "Prämie; Kosten"
- bei Tarifen mit Basisinformationsblatt in Ihrem Versorgungsvorschlag unter der Überschrift "Ausweis der Kosten"

18. Überschussermittlung und Überschussbeteiligung

In den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sind unter der Überschrift "Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?"/"Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?" die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe dargestellt.

19. Rückkaufswerte, Umwandlung in prämienfreie oder prämienreduzierte Versicherung

In Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen wird unter den Überschriften "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?" angegeben, ob bei Kündigung Ihrer Versicherung ein Rückkaufswert anfällt. Falls Sie zu Ihrem Vertrag eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschließen, finden Sie hierzu außerdem Angaben in den jeweiligen Besonderen Bedingungen unter der Überschrift "Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?".

Die in Betracht kommenden Rückkaufswerte, sofern ein Rückkaufswert anfällt, sowie etwaige Leistungen aus einer beitragsfrei gestellten Versicherung sind in Ihrem Versorgungsvorschlag in den Individuellen Hochrechnungen zum Rückkaufswert bzw. zur Beitragsfreistellung dargestellt. Dort ist jeweils auch angegeben, in welchem Ausmaß die Leistungen garantiert sind.

Angaben über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine beitragsfrei gestellte Versicherung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen unter den Überschriften "Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?"/"Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?". Falls Sie zu Ihrem Vertrag eine oder mehrere Zusatzversicherungen abschließen, finden Sie hierzu außerdem Angaben in den jeweiligen Besonderen Bedingungen unter der Überschrift "Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?".

20. Steuerregelung

Allgemeine Angaben für die für Ihre Versicherungsart geltende Steuerregelung sind in dem Dokument "Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen" enthalten.

21. Effektivkosten

Die Minderung der Wertentwicklung durch Kosten in Prozentpunkten (Effektivkosten) bis zum Beginn der Auszahlungsphase sind bei Lebensversicherungsverträgen, die Versicherungsschutz für ein Risiko bieten, bei dem der Eintritt der Verpflichtung des Versicherers gewiss ist, in Ihrem Versorgungsvorschlag unter dem Abschnitt "Effektivkosten" ausgewiesen.

22. Hinweis für Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)Versicherungen

Der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit ist nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Bereich der Krankentagegeldversicherung identisch.

Allgemeine Angaben über die Steuerregelungen

Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

A Einkommensteuer

1. Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung gegen laufende Beitragszahlungen

Beitragszahlungen

Beiträge zu Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen können gemäß § 10 Abs. 1 Nr. 3 a) EStG als Sonderausgaben abgezogen werden. Die Abzugsfähigkeit ist mit anderen abzugsfähigen Beiträgen gemäß § 10 Abs. 4 EStG auf 2.800,- Euro beziehungsweise 1.900,- Euro begrenzt.

Leistungen

Rentenleistungen

Renten aus Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen sind als zeitlich begrenzte Leibrente mit dem Ertragsanteil gemäß § 55 EStDV oder bei lebenslanger Zahlung mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3a) bb) EStG zu versteuern.

Kapitalleistungen

Die Erträge aus nicht verbrauchten Risiko- und Kostenanteilen werden derzeit nicht als einkommensteuerpflichtig angesehen. Es ist keine Kapitalertragsteuer einzubehalten.

2. Zuwachsversicherungen

Die vorstehenden Ausführungen gelten auch für Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherungen mit dynamischem Zuwachs von Leistung und Beitrag (Zuwachsversicherungen).

3. Pflegepaket

Beitragszahlungen

Bei Einschluss des Pflegepaketes zur Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung gelten für die Beitragszahlungen zum Pflegepaket die Ausführungen unter 1. entsprechend.

Leistungen

Lebenslange Rentenzahlungen aus dem Pflegebasisschutz, die für die Dauer der Pflegebedürftigkeit bezahlt werden, sind grundsätzlich mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 1 Satz 3a) bb) EStG zu versteuern.

B Schenkungsteuer

Ansprüche oder Leistungen aus Selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherungen unterliegen der Schenkungsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers übertragen werden.

Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, unterliegt sie grundsätzlich nicht der Schenkungsteuer.

C Versicherungsteuer

Beiträge zu Versicherungen und Zusatzversicherungen durch die Ansprüche auf Kapital-, Renten oder sonstige Leistungen im Fall der Krankheit, der Pflegebedürftigkeit, der Berufs- oder der Erwerbs-unfähigkeit oder der verminderten Erwerbsfähigkeit begründet werden, sind gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) VersStG von der Versicherungsteuer befreit, sofern diese Ansprüche der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung dienen.

Der Versicherer trifft die Entscheidung, ob Beiträge von der Versicherungsteuer gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 b) VersStG befreit sind, bei Abschluss des Vertrages anhand der Allgemeinen Vertragsbedingungen und den Angaben des Versicherungsnehmers zu Bezugsrechtsverfügungen. Sofern sich während der Laufzeit des Vertrages Änderungen aufgrund von Bezugsrechtsverfügungen ergeben, erfolgt eine Neubeurteilung.

Für die Vollständigkeit und Richtigkeit der allgemeinen Angaben über die Steuerregelungen können wir keine Gewähr übernehmen. Sie ersetzen nicht die im Einzelfall erforderliche steuerliche Beratung. Die Angaben beruhen auf den nach derzeitigem Stand (Januar 2022) geltenden Rechtsvorschriften; künftige Änderungen sind möglich.

Datenschutzhinweise für die Verarbeitung von Daten im Rahmen von Versicherungsverträgen ab dem 25. Mai 2018

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Lebensversicherung von 1871 a.G. München (LV 1871) und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Lebensversicherung von 1871 a.G. München
Maximiliansplatz 5
80333 München
Telefon: 089/55167-1150
Fax: 089/55167-1212
Email: info@lv1871.de

Unsere(n) **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o.g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutz@lv1871.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft, den Code of Conduct (CoC)“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Den Code of Conduct können Sie im Internet unter www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz abrufen.

Stellen Sie eine Risikovorabfrage oder 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 zur Leistung benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Leistungsfall eingetreten ist oder nicht.

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

Beauftragen Sie die LV 1871 mit der Beratung oder Erstellung eines Angebots über die betriebliche Altersversorgung so leiten wir Ihre personenbezogenen Daten zu diesem Zwecke an die Unternehmen der LV 1871 Unternehmensgruppe sowie die LV 1871 Unterstützungskasse e.V. weiter.

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 LV 1871 bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten oder Ihre biometrischen Unterschriftsdaten bei Abschluss eines Versicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zum Werbesoring und zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der LV 1871 Unternehmensgruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.
- zur Erstellung von Analysen. Die Analysen helfen uns, unsere Produkte zu verbessern und belastbare Entscheidungen zu treffen. Bevor wir Ihre Vertragsdaten dafür nutzen, anonymisieren oder pseudonymisieren wir sie. Dafür ersetzen wir beispielsweise Ihren Namen durch einen zufällig gewählten Wert. Dadurch sind Sie als Person hinter den Daten entweder gar nicht mehr oder nur mit besonders geschützten Zusatzinformationen zu erkennen.
- zur Prüfung und zum Nachweis Ihrer Identität bei der Abgabe von elektronischen Willenserklärungen.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO. Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren. Die Informationen hierüber finden Sie auf unserer Homepage www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Leistungsdaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Regelmäßig werden folgende Gesundheitsdaten an den Rückversicherer übermittelt: Kennwert zum medizinischen Zuschlag oder Bonus, Raucherkennezeichen, Größe und Gewicht. Von uns übernommene Risiken haben wir bei der General Reinsurance AG, der Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft AG und bei der E+S Rückversicherung AG versichert. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer und deren Datenschutzhinweise können Sie unter folgenden Links abrufen:

de.genre.com/datenschutz/HinweiseArt14DSGVO/

www.munichre.com/de/service/information-gdpr/index.html

www.es-rueck.de/datenschutz-es

Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen. Setzt der Sie betreuende Vermittler Untervermittler, Maklerpools oder Finanzvertriebe für die Betreuung und Beratung ein, werden Ihre personenbezogenen Daten auch an diese Stellen übermittelt.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. Beantragen Sie für Ihren Versicherungsvertrag eine ereignisabhängige oder ereignisunabhängige Nachversicherung, so leiten wir zur Überprüfung der in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen dargelegten Voraussetzungen (Gesamtversicherungssumme) Ihre hierfür erforderlichen personenbezogenen Daten an die Unternehmen der LV 1871 Unternehmensgruppe weiter. Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung ist Art. 6 Abs. 1a) und b) DSGVO.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Antrags- und Leistungsprüfung:

Zur Antrags- oder Leistungsprüfung kann es erforderlich sein, dass wir Ihre Daten an Dritte übermitteln oder bei diesen erheben. Dies geschieht in dem Umfang und auf Grundlage der von Ihnen abgegebenen datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung.

Weitere Empfänger:

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

Dienstleisterliste:

Im Internet finden Sie unter www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz eine Dienstleisterliste. In dieser Dienstleisterliste sind die Unternehmen der Unternehmensgruppe aufgeführt, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen sowie die von uns eingesetzten externen Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen. Sie können diese Informationen auch unter den oben genannten Kontaktdaten anfordern.

Dauer der Datenspeicherung

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). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

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

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 27
91522 Ansbach

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrages (z. B. bei Deckungskapital-Übertragungsverfahren bei Rieserverträgen und in der betrieblichen Altersversorgung) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalles überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitäts- und Identitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir in unseren konzerninternen Datenbanken sowie bei Auskunfteien Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Weitere Informationen zu den eingesetzten Auskunfteien finden Sie auf unserer Homepage www.lv1871.de in der Rubrik Datenschutz. Bei Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung werden lediglich Informationen über das allgemeine Zahlungsverhalten der Inhaber bzw. der vertretungsberechtigten Personen des Arbeitgebers bzw. des Versicherungsnehmers bei den Auskunfteien abgefragt.

Datenübermittlung an die SCHUFA und Befreiung vom Berufsgeheimnis:

Die LV1871 übermittelt im Rahmen dieses Vertragsverhältnisses erhobene personenbezogene Daten über die Beantragung, die Durchführung und Beendigung dieses Versicherungsvertrages sowie Daten über nicht vertragsgemäßes Verhalten oder betrügerisches Verhalten an die SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO). Übermittlungen auf der Grundlage von Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f DS-GVO dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen der LV 1871 oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Der Datenaustausch mit der SCHUFA dient auch der Durchführung von Kreditwürdigkeitsprüfungen von Kunden. Der Datenaustausch mit der SCHUFA kann auch der Identitäts- sowie der Geldwäscheprüfung dienen. Die LV 1871 kann anhand der von der SCHUFA übermittelten Übereinstimmungsdaten erkennen, ob eine Person unter der vom Kunden angegebenen Anschrift im Datenbestand der SCHUFA gespeichert ist. Die SCHUFA verarbeitet Daten und verwendet 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 SCHUFA können dem SCHUFA-Informationsblatt entnommen oder online unter www.schufa.de/datenschutz eingesehen werden. Bei Versicherungen im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung werden lediglich die personenbezogenen Daten der Inhaber bzw. der vertretungsberechtigten Personen des Arbeitgebers bzw. des Versicherungsnehmers an die SCHUFA Holding AG übermittelt.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Sollten wir personenbezogene Daten an solche Dienstleister übermitteln, finden Sie detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern auf unserer Homepage www.lv1871.de unter der Rubrik Datenschutz. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Stelle sowie des betrieblichen Datenschutzbeauftragten

SCHUFA Holding AG, Kormoranweg 5, 65201 Wiesbaden, Tel.: +49 (0) 6 11-92 78 0;
Der betriebliche Datenschutzbeauftragte der SCHUFA ist unter der o.g. Anschrift,
zu Hd. Abteilung Datenschutz oder per E-Mail unter datenschutz@schufa.de erreichbar.

2. Datenverarbeitung durch die SCHUFA

2.1 Zwecke der Datenverarbeitung und berechtigte Interessen, die von der SCHUFA oder einem Dritten verfolgt werden

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten, um berechtigten Empfängern Informationen zur Beurteilung der Kreditwürdigkeit von natürlichen und juristischen Personen zu geben. Hierzu werden auch Scorewerte errechnet und übermittelt. Sie stellt die Informationen nur dann zur Verfügung, wenn ein berechtigtes Interesse hieran im Einzelfall glaubhaft dargelegt wurde und eine Verarbeitung nach Abwägung aller Interessen zulässig ist. Das berechtigte Interesse ist insbesondere vor Eingehung von Geschäften mit finanziellem Ausfallrisiko gegeben. Die Kreditwürdigkeitsprüfung dient der Bewahrung der Empfänger vor Verlusten im Kreditgeschäft und eröffnet gleichzeitig die Möglichkeit, Kreditnehmer durch Beratung vor einer übermäßigen Verschuldung zu bewahren. Die Verarbeitung der Daten erfolgt darüber hinaus zur Betrugsprävention, Seriositätsprüfung, Geldwäscheprävention, Identitäts- und Altersprüfung, Anschriftenermittlung, Kundenbetreuung oder Risikosteuerung sowie der Tarifierung oder Konditionierung. Über etwaige Änderungen der Zwecke der Datenverarbeitung wird die SCHUFA gemäß Art. 14 Abs. 4 DS-GVO informieren.

2.2 Rechtsgrundlagen für die Datenverarbeitung

Die SCHUFA verarbeitet personenbezogene Daten auf Grundlage der Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung. Die Verarbeitung erfolgt auf Basis von Einwilligungen sowie auf Grundlage des Art. 6 Abs. 1 Buchstabe f DS-GVO, soweit die Verarbeitung zur Wahrung der berechtigten Interessen des Verantwortlichen oder eines Dritten erforderlich ist und nicht die Interessen oder Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden. Dies gilt auch für Einwilligungen, die bereits vor Inkrafttreten der DS-GVO erteilt wurden. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der bis zum Widerruf verarbeiteten personenbezogenen Daten.

2.3 Herkunft der Daten

Die SCHUFA erhält ihre Daten von ihren Vertragspartnern. Dies sind im europäischen Wirtschaftsraum und in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Institute, Finanzunternehmen und Zahlungsdienstleister, die ein finanzielles Ausfallrisiko tragen (z.B. Banken, Sparkassen, Genossenschaftsbanken, Kreditkarten-, Factoring- und Leasingunternehmen) sowie weitere Vertragspartner, die zu den unter Ziffer 2.1 genannten Zwecken Produkte der SCHUFA nutzen, insbesondere aus dem (Versand-)Handels-, eCommerce-, Dienstleistungs-, Vermietungs-, Energieversorgungs-, Telekommunikations-, Versicherungs-, oder Inkassobereich. Darüber hinaus verarbeitet die SCHUFA Informationen aus allgemein zugänglichen Quellen wie öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen (Schuldnerverzeichnisse, Insolvenzbeschlüsse).

2.4 Kategorien personenbezogener Daten, die verarbeitet werden (Personendaten, Zahlungsverhalten und Vertragstreue)

- Personendaten, z.B. Name (ggf. auch vorherige Namen, die auf gesonderten Antrag beaufkündet werden), Vorname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, frühere Anschriften
- Informationen über die Aufnahme und vertragsgemäße Durchführung eines Geschäftes (z.B. Girokonten, Ratenkredite, Kreditkarten, Pfändungsschutzkonten, Basiskonten)
- Informationen über unbestrittene, fällige und mehrfach angemahnte oder titulierte Forderungen sowie deren Erledigung
- Informationen zu missbräuchlichem oder sonstigem betrügerischem Verhalten wie Identitäts- oder Bonitätstäuschungen
- Informationen aus öffentlichen Verzeichnissen und amtlichen Bekanntmachungen
- Scorewerte

2.5 Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Empfänger sind im europäischen Wirtschaftsraum, in der Schweiz sowie ggf. weiteren Drittländern (sofern zu diesen ein entsprechender Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission existiert) ansässige Vertragspartner gem. Ziffer 2.3. Weitere Empfänger können externe Auftragnehmer der SCHUFA nach Art. 28 DS-GVO sowie externe und interne SCHUFA-Stellen sein. Die SCHUFA unterliegt zudem den gesetzlichen Eingriffsbefugnissen staatlicher Stellen.

2.6 Dauer der Datenspeicherung

Die SCHUFA speichert Informationen über Personen nur für eine bestimmte Zeit. Maßgebliches Kriterium für die Festlegung dieser Zeit ist die Erforderlichkeit. Für eine Prüfung der Erforderlichkeit der weiteren Speicherung bzw. die Löschung personenbezogener Daten hat die SCHUFA Regelfristen festgelegt. Danach beträgt die grundsätzliche Speicherdauer von personenbezogenen Daten jeweils drei Jahre taggenau nach deren Erledigung. Davon abweichend werden z.B. gelöscht:

- Angaben über Anfragen nach zwölf Monaten taggenau
- Informationen über störungsfreie Vertragsdaten über Konten, die ohne die damit begründete Forderung dokumentiert werden (z. B. Girokonten, Kreditkarten, Telekommunikationskonten oder Energiekonten), Informationen über Verträge, bei denen die Evidenzprüfung gesetzlich vorgesehen ist (z.B. Pfändungsschutzkonten, Basiskonten) sowie Bürgschaften und Handelskonten, die kreditorisch geführt werden, unmittelbar nach Bekanntgabe der Beendigung.
- Daten aus den Schuldnerverzeichnissen der zentralen Vollstreckungsgerichte nach drei Jahren taggenau, jedoch vorzeitig, wenn der SCHUFA eine Löschung durch das zentrale Vollstreckungsgericht nachgewiesen wird
- Informationen über Verbraucher-/Insolvenzverfahren oder Restschuldbefreiungsverfahren taggenau drei Jahre nach Beendigung des Insolvenzverfahrens oder Erteilung der Restschuldbefreiung. In besonders gelagerten Einzelfällen kann auch abweichend eine frühere Löschung erfolgen.
- Informationen über die Abweisung eines Insolvenzantrages mangels Masse, die Aufhebung der Sicherungsmaßnahmen oder über die Versagung der Restschuldbefreiung taggenau nach drei Jahren
- Personenbezogene Voranschriften bleiben taggenau drei Jahre gespeichert; danach erfolgt die Prüfung der Erforderlichkeit der fortwährenden Speicherung für weitere drei Jahre. Danach werden sie taggenau gelöscht, sofern nicht zum Zwecke der Identifizierung eine länger wählende Speicherung erforderlich ist.

3. Betroffenenrechte

Jede betroffene Person hat gegenüber der SCHUFA das Recht auf Auskunft nach Art. 15 DS-GVO, das Recht auf Berichtigung nach Art. 16 DS-GVO, das Recht auf Löschung nach Art. 17 DS-GVO und das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung nach Art. 18 DS-GVO. Die SCHUFA hat für Anliegen von betroffenen Personen ein Privatkunden ServiceCenter eingerichtet, das schriftlich unter SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln, telefonisch unter +49 (0) 6 11-92 78 0 und über ein Internet-Formular unter www.schufa.de erreichbar ist. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, sich an die für die SCHUFA zuständige Aufsichtsbehörde, den Hessischen Datenschutzbeauftragten, zu wenden. Einwilligungen können jederzeit gegenüber dem betreffenden Vertragspartner widerrufen werden.

**Nach Art. 21 Abs. 1 DS-GVO kann der Datenverarbeitung aus Gründen, die sich aus der besonderen Situation der betroffenen Person ergeben, widersprochen werden. Der Widerspruch kann formfrei erfolgen und ist zu richten an
SCHUFA Holding AG, Privatkunden ServiceCenter, Postfach 10 34 41, 50474 Köln.**

4. Profilbildung (Scoring)

Die SCHUFA-Auskunft kann um sogenannte Scorewerte ergänzt werden. Beim Scoring wird anhand von gesammelten Informationen und Erfahrungen aus der Vergangenheit eine Prognose über zukünftige Ereignisse erstellt. Die Berechnung aller Scorewerte erfolgt bei der SCHUFA grundsätzlich auf Basis der zu einer betroffenen Person bei der SCHUFA gespeicherten Informationen, die auch in der Auskunft nach Art. 15 DS-GVO ausgewiesen werden. Darüber hinaus berücksichtigt die SCHUFA beim Scoring die Bestimmungen § 31 BDSG. Anhand der zu einer Person gespeicherten Einträge erfolgt eine Zuordnung zu statistischen Personengruppen, die in der Vergangenheit ähnliche Einträge aufwiesen. Das verwendete Verfahren wird als „logistische Regression“ bezeichnet und ist eine fundierte, seit langem praxiserprobte, mathematisch-statistische Methode zur Prognose von Risikowahrscheinlichkeiten.

Folgende Datenarten werden bei der SCHUFA zur Scoreberechnung verwendet, wobei nicht jede Datenart auch in jede einzelne Scoreberechnung mit einfließt: Allgemeine Daten (z.B. Geburtsdatum, Geschlecht oder Anzahl im Geschäftsverkehr verwendeter Anschriften), bisherige Zahlungsverstörungen, Kreditaktivität letztes Jahr, Kreditnutzung, Länge Kredithistorie sowie Anschriftendaten (nur wenn wenige personenbezogene kreditrelevante Informationen vorliegen). Bestimmte Informationen werden weder gespeichert noch bei der Berechnung von Scorewerten berücksichtigt, z.B.: Angaben zur Staatsangehörigkeit oder besondere Kategorien personenbezogener Daten wie ethnische Herkunft oder Angaben zu politischen oder religiösen Einstellungen nach Art. 9 DS-GVO. Auch die Geltendmachung von Rechten nach der DS-GVO, also z.B. die Einsichtnahme in die bei der SCHUFA gespeicherten Informationen nach Art. 15 DS-GVO, hat keinen Einfluss auf die Scoreberechnung.

Die übermittelten Scorewerte unterstützen die Vertragspartner bei der Entscheidungsfindung und gehen dort in das Risikomanagement ein. Die Risikoeinschätzung und Beurteilung der Kreditwürdigkeit erfolgt allein durch den direkten Geschäftspartner, da nur dieser über zahlreiche zusätzliche Informationen – zum Beispiel aus einem Kreditantrag – verfügt. Dies gilt selbst dann, wenn er sich einzig auf die von der SCHUFA gelieferten Informationen und Scorewerte verlässt. Ein SCHUFA-Score alleine ist jedenfalls kein hinreichender Grund einen Vertragsabschluss abzulehnen.

Weitere Informationen zum Kreditwürdigkeitssoring oder zur Erkennung auffälliger Sachverhalte sind unter www.scoring-wissen.de erhältlich.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung (Golden BU)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als →Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Wichtige Fachbegriffe, die im Text mit einem Pfeil „→“ markiert sind, werden im beigefügten Glossar erläutert.

Inhaltsverzeichnis

Der Versicherungsumfang	2	§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	21
§ 1 Was ist versichert?	2	§ 24 Was gilt, wenn die →versicherte Person ihren Wohnsitz und/oder Arbeitsplatz ins Ausland verlegt?	21
§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	3	§ 25 Welche weiteren Auskunftsspflichten haben Sie?	21
§ 3 Was gilt für die Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit?	6	Leistungsempfänger	21
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	6	§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung?	21
§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen? Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?	7	Sonstiges	21
§ 6 Wann sind Sie an Investmentfonds beteiligt und was gilt bei einer Beteiligung?	7	§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	21
§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	8	§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?	21
Gestaltungsmöglichkeiten	9	§ 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	22
§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?	9	§ 30 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?	22
Beginn des Versicherungsschutzes	13	Besondere Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit	22
§ 9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	13	§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?	22
Beitragszahlung	13	§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	23
§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	13	§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	23
§ 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	14	§ 4 Wann entsteht der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?	23
Regelungen zur Fondsauswahl	14	§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangen (Obliegenheiten)?	24
§ 12 Wie können Sie Fonds wechseln?	14	§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?	24
§ 13 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?	15	Besondere Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets	24
Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrags	15	§ 1 Was ist im Rahmen des Pflegepakets versichert?	24
§ 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	15	§ 2 Was gilt für den Pflegebasischutz?	24
§ 15 Welchen →Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?	16	§ 3 Was gilt für die Pflege-Plus-Option?	24
Kosten für den Versicherungsschutz	16	§ 4 Was gilt für die Pflegebeitragsbefreiung?	25
§ 16 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?	16	§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung und was gilt bei Kündigung und Beitragsfreistellung?	25
§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	17	§ 6 Was gilt bei Nachversicherung der Berufsunfähigkeitsversicherung?	25
Ihre Pflichten, unsere Rechte und Pflichten	17	Besondere Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV	25
§ 18 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	17	§ 1 Erhöhung der jährlichen BU-Rente	25
§ 19 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)?	18	§ 2 Nachversicherung	26
§ 20 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	20	§ 3 Weitere Bestimmungen zu den Erhöhungsmöglichkeiten	26
§ 21 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?	20	§ 4 Weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang	26
§ 22 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen?	20		

Der Versicherungsumfang

§ 1 Was ist versichert?

Leistungsumfang

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2), gilt Folgendes:

a) **Haben Sie keine →Wartezeit vereinbart**, zahlen wir die versicherte Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente). Weiterhin befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

b) **Haben Sie eine →Wartezeit vereinbart** und wird die →versicherte Person innerhalb der →Wartezeit berufsunfähig, gilt Folgendes:

- Wird die →versicherte Person ausschließlich durch einen Unfall berufsunfähig (vergleiche § 5), zahlen wir die versicherte BU-Rente. Weiterhin befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht. Der Unfall muss während der →Versicherungsdauer eingetreten sein.

- Wird die →versicherte Person aus anderen Gründen berufsunfähig, erbringen wir keine Leistung. Die Berufsunfähigkeitsversicherung (BU-Versicherung) erlischt ab Beginn. Die gezahlten Beiträge erstatten wir.

Tritt die Berufsunfähigkeit nach Ablauf der →Wartezeit ein, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 1 a).

c) Ob Sie eine →Wartezeit vereinbart haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

2. Die BU-Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

3. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und BU-Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Unsere Leistung erbringen wir ab Beginn des darauffolgenden Monats. Dies gilt vorbehaltlich einer vereinbarten →Karenzzeit gemäß Absatz 4.

4. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, entsteht der Anspruch auf die Rente erst mit deren Ablauf. Die →versicherte Person muss während der →Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig gewesen sein und dies bei deren Ablauf weiterhin sein. Wir erbringen Leistungen nur für die Zeit nach Ablauf der →Karenzzeit.

Endet die Berufsunfähigkeit und wird die →versicherte Person danach innerhalb von 24 Monaten erneut berufsunfähig, berücksichtigen wir bereits zurückgelegte →Karenzzeiten. Dies gilt nur, wenn die Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache eintritt.

Ob Sie eine →Karenzzeit vereinbart haben, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

5. Haben Sie eine garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall vereinbart, erhöhen wir die garantierte BU-Rente jährlich ab Rentenbeginn um den vereinbarten Prozentsatz. Als Basis dient die vereinbarte garantierte BU-Rente des Vorjahres.

Wenn die →versicherte Person nicht mehr berufsunfähig ist, zahlen Sie die gleichen Beiträge wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit.

Sollte die →versicherte Person zu einem späteren Zeitpunkt erneut berufsunfähig werden, leisten wir die BU-Rente in Höhe der zuletzt erreichten garantierten BU-Rente. Sie behalten somit Ihre bisher erreichten garantierten Rentenerhöhungen.

Erhalten Sie eine lebenslange Rente nach § 1 Absatz 10 oder 12, so enden die Erhöhungen der BU-Rente im Rahmen der garantierten Rentenerhöhung mit Ablauf der →Versicherungsdauer.

6. Haben Sie die →Überschussverwendung Fondsguthaben, die →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung, die →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung oder die →Überschussverwendung Bonusrente gewählt, erhalten Sie neben den im →Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen weitere Leistungen aus der →Überschussbeteiligung. Die vereinbarte Überschussverwendung finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

7. Haben Sie eine verlängerte →Leistungsdauer vereinbart, erkennen wir auch nach Ablauf der →Versicherungsdauer geltend ge-

machte Ansprüche noch an. Voraussetzung ist, dass die →versicherte Person vor Ablauf der →Versicherungsdauer berufsunfähig wurde.

8. Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir erstatten Ihnen diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurück. Sobald bei uns die für die Leistungsprüfung erforderlichen Unterlagen gemäß § 19 Absatz 2 eingegangen sind, verzinsen wir die Beiträge ab Beginn des darauffolgenden Monats. Die Verzinsung erfolgt in Höhe des jeweils geltenden Zinssatzes für Depoteinlagen bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München.

Haben Sie die Unterlagen gemäß § 19 Absatz 2 a) und c) eingereicht, stunden wir auf Antrag zinslos die künftig fälligen Beiträge. Die Stundung erfolgt bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht. Lehnen wir die Leistung ab, können Sie die gestundeten Beiträge wie folgt zurückzahlen:

- in Form einer einmaligen Zahlung

- in einem Zeitraum von bis zu 48 Monaten in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten.

Anstelle der zinslosen Rückzahlung der gestundeten Beiträge in der genannten Frist, können Sie die offenen Beiträge auch durch eine Vertragsänderung – wahlweise Verringerung der Versicherungsleistungen oder Erhöhung des zukünftigen Beitrags – begleichen.

→Leistungsdauer

9. Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente erlischt, wenn eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor (vergleiche § 21 Absatz 3).

- Die →versicherte Person stirbt. In diesem Fall endet die Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die →versicherte Person gestorben ist.

- Die vereinbarte →Leistungsdauer läuft ab.

Lebenslange Pflegerente

10. Wir zahlen die BU-Rente lebenslang weiter, wenn die →versicherte Person zum Ablauf der →Versicherungsdauer pflegebedürftig gemäß § 2 Absatz 9 ist. Voraussetzung hierfür ist, dass die →Versicherungsdauer mindestens bis Endalter 60 vereinbart ist. Zudem muss die →versicherte Person innerhalb der letzten zehn Jahre der →Versicherungsdauer ununterbrochen pflegebedürftig gewesen sein. Sofern Sie zusätzlich eine lebenslange BU-Rente vereinbart haben, wird die lebenslange Rente nur einmal erbracht.

11. Haben Sie das Pflegepaket vereinbart, gilt Absatz 10 nicht. Sie erhalten dann die Leistungen nach den Besonderen Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets.

Lebenslange BU-Rente

12. Haben Sie eine lebenslange BU-Rente vereinbart, zahlen wir eine lebenslange Leistung in Form einer Altersrente. Voraussetzung ist, dass Sie zwischen dem 50. Lebensjahr der →versicherten Person und dem Ablauf der →Versicherungsdauer ununterbrochen einen Anspruch auf Berufsunfähigkeitsleistungen hatten.

Die vereinbarte →Leistungsdauer können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

Anspruch auf Beratung und Unterstützung im Leistungsfall

13. Sie haben Anspruch darauf, dass wir Sie bei der Darlegung der Leistungsvoraussetzungen unterstützen und beraten. Zusätzlich helfen wir Ihnen bei der beruflichen Reintegration.

Wir unterstützen Sie insbesondere

- bei der Beschreibung der bisherigen Berufstätigkeit (gegebenfalls auch durch einen persönlichen Besuch)

- beim Nachweis der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, wenn unklar ist, durch wen die erforderlichen medizinischen Auskünfte zu erteilen sind
- bei Fragen zu einer Rehabilitation (medizinisch und berufskundlich)
- bei Berufsfindungsmaßnahmen, zum Beispiel durch die Benennung der jeweils zuständigen Stellen
- bei Fragen zu einer betrieblichen Umorganisation, soweit die →versicherte Person selbstständig ist.

Sonderleistungen

14. Wiedereingliederungshilfe

Endet unsere Leistungspflicht aufgrund der Aufnahme einer neuen beruflichen Tätigkeit (vergleiche § 2 Absatz 1 b)) zahlen wir eine einmalige Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Wird die →versicherte Person erneut berufs unfähig, rechnen wir die Wiedereingliederungshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufs unfähig wird. Die Wiedereingliederungshilfe können Sie während der Vertragslaufzeit mehrfach in Anspruch nehmen, wenn die Voraussetzungen jeweils erneut erfüllt sind.

15. Rehabilitationshilfe (Kostenbeihilfe)

Haben Sie eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme mit einer Dauer von mindestens drei Wochen abgeschlossen, zahlen wir eine Kostenbeihilfe von 550 Euro. Diese Maßnahme muss ärztlich verordnet und von einem gesetzlichen oder privaten Kostenträger genehmigt sein. Die Beihilfe kann während der →Versicherungsdauer bis zu dreimal in Anspruch genommen werden.

16. Umorganisationshilfe bei Selbstständigen

Kann eine Berufsunfähigkeit durch zumutbare Umorganisation abgewendet werden (vergleiche § 2 Absatz 2), erbringen wir eine einmalige Umorganisationshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Ein Anspruch besteht nur, sofern die Umorganisationsmaßnahme auch tatsächlich durchgeführt wird. Die Umorganisationshilfe zahlen wir nur, wenn die verbleibende →Leistungsdauer für die BU-Rente noch mindestens zwölf Monate beträgt. Wird die →versicherte Person erneut berufs unfähig, rechnen wir die Umorganisationshilfe auf neu entstehende Rentenansprüche an. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person innerhalb von sechs Monaten aus gleichem medizinischen Grund berufs unfähig wird.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Berufsunfähigkeit bei Berufstätigen

a) Berufsunfähigkeit

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 Prozent ausüben kann beziehungsweise sechs Monate nicht mehr ausüben konnte.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit einer sogenannten →abstrakten Verweisung.

b) Konkrete Verweisung

Berufsunfähigkeit liegt **nicht** vor, wenn die →versicherte Person eine andere Tätigkeit konkret ausübt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Das Leistungsvermögen der →versicherten Person für die neue Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 a) muss mindestens 50 Prozent betragen.
- Die →versicherte Person muss über die Ausbildung und die Fähigkeiten verfügen, die zur Ausübung der neuen Tätigkeit erforderlich sind.

- Die Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der →versicherten Person entsprechen.

Die bisherige Lebensstellung ergibt sich aus dem erzielten Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs. Eine der bisherigen Lebensstellung entsprechende berufliche Tätigkeit wird ausgeübt, wenn das erzielte Einkommen nicht spürbar unter das Niveau des zuletzt erzielten Einkommens absinkt. Auch die soziale Wertschätzung muss vergleichbar sein. Eine Minderung des →regelmäßigen Bruttoeinkommens von 20 Prozent oder mehr gegenüber dem →regelmäßigen Bruttoeinkommen des bisher ausgeübten Berufs ist nicht zumutbar. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, werden wir diese Grenzen zu Ihren Gunsten anwenden. In begründeten Einzelfällen kann auch eine Einkommenseinbuße unter 20 Prozent unzumutbar sein.

c) Maßgebender Beruf bei Prüfung der Berufsunfähigkeit

Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit im Sinne von Absatz 1 a) und b) ist der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend. Entscheidend ist dabei, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Hat die →versicherte Person infolge einer fortschreitenden Krankheit oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls ihren Beruf leitensbedingt geändert, ist der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf maßgebend.

Einen Berufswechsel während der Vertragslaufzeit müssen Sie uns nicht anzeigen. Sie können jedoch die Berufseinstufung der →versicherten Person nach einem Berufswechsel gemäß § 8 Absatz 4 überprüfen lassen.

Berufe im Sinne dieser Bedingungen sind auch die Tätigkeiten von Schülern, Auszubildenden, Studenten und Hausfrauen/männern. Was Berufsunfähigkeit für diese Berufe bedeutet, haben wir in den Absätzen 3 bis 6 geregelt.

Im Falle einer vorübergehenden Unterbrechung der Berufstätigkeit, zum Beispiel wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, Sabbatical, und der gesetzlichen Pflege- oder Familienpflegezeit, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit die zuletzt vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

Befindet sich die →versicherte Person im Mutterschutz oder in Elternzeit, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit entweder den Beruf Hausfrau/-mann oder die zuletzt vor der Unterbrechung ausgeübte Tätigkeit zugrunde. Wir stellen dabei auf die für Sie vorteilhaftere Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung ab.

Erst wenn sich die →versicherte Person dafür entschieden hat, die Tätigkeit als Hausfrau/-mann dauerhaft auszuüben, gilt dies als Berufswechsel. Bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit legen wir dann die Tätigkeit als Hausfrau/-mann zugrunde.

Bei einem dauerhaften Ausscheiden aus dem Berufsleben (zum Beispiel passive Altersteilzeit) legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit die zuletzt vor dem Ausscheiden ausgeübte Tätigkeit und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

d) Berufsunfähigkeit bei Teilzeitbeschäftigten

Teilzeitbeschäftigung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die →versicherte Person

- arbeitsvertraglich oder auf selbstständiger Basis wöchentlich weniger als 30 Stunden arbeitet oder
- eine Tätigkeit als Schüler oder Student ausübt.

Bei der Feststellung des beruflichen Tätigkeitsbildes zur Ermittlung der Berufsunfähigkeit berücksichtigen wir bei Teilzeitbeschäftigten neben der Erwerbstätigkeit auch die Tätigkeit im Rahmen der Versorgung von kindergeldberechtigten Kindern oder pflegebedürftigen Angehörigen, falls diese Tätigkeit ausgeübt wird.

2. Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen

Bei Selbstständigen gelten zusätzliche Bedingungen für das Vorliegen einer Berufsunfähigkeit. Neben den Voraussetzungen nach Absatz 1 muss die →versicherte Person auch nach einer zumutbaren Umorganisation des Betriebs außerstande sein, ihren Beruf auszuüben.

Eine Umorganisation ist beispielsweise dann zumutbar, wenn der →versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber/in erhalten bleibt. Zusätzlich dürfen kein erheblicher Kapitaleinsatz

erforderlich und keine erheblichen Einkommenseinbußen damit verbunden sein. Eine Umorganisation ist nicht zumutbar, wenn sich dadurch eine Minderung des durchschnittlichen Jahresgewinns vor Steuern der letzten drei Jahre beziehungsweise seit Beginn der Selbstständigkeit, sofern diese weniger als drei Jahre zurückliegt, von 20 Prozent oder mehr ergibt. Sollte die künftige Rechtsprechung geringere Zumutbarkeitsgrenzen festlegen, werden wir diese Grenzen zu Ihren Gunsten anwenden. In begründeten Einzelfällen kann auch eine Minderung des durchschnittlichen Jahresgewinns vor Steuern der letzten drei Jahre von unter 20 Prozent unzumutbar sein. Gleiches gilt für die einmaligen Kosten, die im Rahmen einer Umorganisation anfallen.

Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs,

- bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern, oder
- wenn die →versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt (zum Beispiel als Wirtschaftsprüfer, Steuerberater, Rechts- oder Patentanwalt, Notar, Informatiker, Architekt oder Ingenieur), oder
- wenn der Betrieb weniger als fünf Mitarbeiter hat. Ausgenommen sind Geschäftsführer, Praktikanten, Werkstudenten oder Auszubildende, oder
- wenn die →versicherte Person freiberuflich/selbstständig als Arzt oder Apotheker tätig ist.

3. Berufsunfähigkeit bei Schülern

- a) Schüler im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls
 - in Schulausbildung ist,
 - noch keine abgeschlossene Berufsausbildung oder ein abgeschlossenes Studium hat und
 - kein Auszubildender oder Student im Sinne von Absatz 4 a) beziehungsweise 5 a) ist.
- b) Berufsunfähigkeit bei Schülern liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande war, am regulären Schulunterricht, so wie er zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat, teilzunehmen.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Bei der Beurteilung, ob der Schüler außerstande ist, am regulären Schulunterricht teilzunehmen, stellen wir auf den konkreten Schulalltag des jeweils betroffenen Schülers ab.

Wir berücksichtigen dabei insbesondere, ob der Schüler

- den Schulweg bewältigen sowie die erforderlichen Verkehrsmittel nutzen kann
- dem Unterricht folgen kann (Aufnahme- und Konzentrationsfähigkeit)
- zur mündlichen und schriftlichen Kommunikation fähig ist
- am Unterricht in bestimmten Fächern (zum Beispiel Sport, Musik) teilnehmen kann, soweit diesen in der besuchten Schulform ein besonderer Stellenwert zukommt
- die Hausaufgaben bewältigen kann.

Ob eine Berufsunfähigkeit vorliegt, hängt von der Schulform und der konkret vorliegenden gesundheitlichen Beeinträchtigung ab. Dabei berücksichtigen wir auch, wie das Schulgebäude ausgestattet ist.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf eine andere Schulform (Verzicht auf konkrete und →abstrakte Verweisung).

- c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person

- Auszubildender oder Student im Sinne von Absatz 4 beziehungsweise 5 wird
- eine berufliche Tätigkeit aufnimmt

Voraussetzung ist, dass dieser Ausbildungs- oder Studiengang beziehungsweise diese Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Der Ausbildungsgang beziehungsweise die Tätigkeit entsprechen der Lebensstellung der →versicherten Person insbesondere dann nicht, wenn sie,

- eine Ausbildung oder Tätigkeit in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen aufnimmt
- eine geringfügige Beschäftigung ausübt.

4. Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden

- a) Auszubildender im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls eine Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf absolviert.
- b) Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande war, die Ausbildung fortzuführen, so wie sie zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Berufsunfähigkeit bei Auszubildenden liegt ebenfalls vor, wenn die →versicherte Person den angestrebten Ausbildungsberuf nicht mehr ausüben kann.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf eine andere Berufsausbildung oder die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf →abstrakte Verweisung).

- c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person
 - eine andere Ausbildung oder
 - eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt. Voraussetzung ist, dass diese Ausbildung beziehungsweise Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Wir legen bei Prüfung der Berufsunfähigkeit den mit der Ausbildung angestrebten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung zugrunde.

5. Berufsunfähigkeit bei Studenten

- a) Student im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalls in Vollzeit als Student an einer staatlichen oder staatlich anerkannten →Hochschule eingeschrieben ist.
- b) Berufsunfähigkeit bei Studenten liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande war, das Studium weiter zu betreiben, so wie es zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Bei der Beurteilung, ob die →versicherte Person außerstande ist, das Studium weiter zu betreiben, stellen wir auf den konkreten Studienalltag ab.

Dabei berücksichtigen wir insbesondere, ob die →versicherte Person

- den Vorlesungen folgen kann
- ein gegebenenfalls im Studienplan vorgesehenes Pflichtpraktikum absolvieren kann

- die im Studienplan vorgesehenen Prüfungsleistungen erbringen kann.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf ein anderes Studium oder die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf →abstrakte Verweisung).

- c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person
- einen anderen Studiengang oder
 - eine berufliche Tätigkeit

konkret aufnimmt. Voraussetzung ist, dass dieser Studiengang beziehungsweise diese Tätigkeit der Lebensstellung der →versicherten Person entspricht, die vor Eintritt der Berufsunfähigkeit bestanden hat.

Die Lebensstellung bei Studenten ergibt sich aus der Vergütung und sozialen Wertschätzung, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums erreicht wird. Voraussetzung ist, dass die →versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit mindestens die Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studienzeiten absolviert hat. Andernfalls bemessen wir die Lebensstellung an derjenigen, die die →versicherte Person mit dem zuletzt erfolgreich abgeschlossenen Ausbildungsabschnitt erreicht hat, bevor die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

6. Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/-männern

- a) Hausfrau/-mann im Sinne dieser Bedingungen ist, wer bei Eintritt des Versicherungsfalles
- nicht erwerbstätig ist
 - nicht Schüler, Auszubildender oder Student ist und
 - einen Haushalt mit Angehörigen führt.
- b) Berufsunfähigkeit bei Hausfrauen/-männern liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechenden) Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außerstande ist beziehungsweise sechs Monate außerstande war, die Tätigkeiten im Haushalt weiter auszuführen, so wie dies zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung stattgefunden hat.

Die Berufsunfähigkeit gilt ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums als eingetreten.

Wir verzichten auf die Möglichkeit der Verweisung auf die Ausübung einer Berufstätigkeit (Verzicht auf →abstrakte Verweisung).

- c) Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn die →versicherte Person eine berufliche Tätigkeit konkret aufnimmt.

Ausgenommen hiervon ist, wenn die →versicherte Person

- eine Tätigkeit in einer besonderen Einrichtung für behinderte Menschen aufnimmt oder
- eine geringfügige Beschäftigung ausübt.

7. Berufsunfähigkeit infolge Erwerbsminderung

Wenn die →versicherte Person das 55. Lebensjahr vollendet hat, gilt Folgendes:

Die →versicherte Person ist ebenfalls berufsunfähig, wenn ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine unbefristete volle Erwerbsminderungsrente anerkennt.

8. Berufsunfähigkeit infolge eines Tätigkeitsverbots (Infektionsklausel)

Die →versicherte Person ist auch berufsunfähig, wenn wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr

- ein Tätigkeitsverbot aufgrund gesetzlicher Vorschriften wegen einer Infektionsgefahr erfolgt,
- die zuständige Behörde ein Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz ausspricht oder
- ein Tätigkeitsverbot aufgrund eines Hygieneplans eines anerkannten Hygienikers vorliegt.

Dieses Verbot muss sich auf mindestens 50 Prozent der Tätigkeit beziehen, die die →versicherte Person zuletzt in gesunden Tagen ausgeübt hat.

Sofern das Tätigkeitsverbot eine prägende Teiltätigkeit umfasst, ist die →versicherte Person auch dann berufsunfähig, wenn es weniger als 50 Prozent der gesamten beruflichen Tätigkeit betrifft.

Das Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken.

Berufsunfähigkeit liegt **nicht** mehr vor, wenn

- das Tätigkeitsverbot wieder aufgehoben wurde oder
- die →versicherte Person eine andere Tätigkeit zu mehr als 50 Prozent konkret ausübt und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:
 - Das Leistungsvermögen der →versicherten Person für die neue Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1 a) muss mindestens 50 Prozent betragen.
 - Die →versicherte Person muss über die Ausbildung und die Fähigkeiten verfügen, die zur Ausübung der neuen Tätigkeit erforderlich sind.
 - Die Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der →versicherten Person entsprechen (vergleiche § 2 Absatz 1 b)), die vor Eintritt des Tätigkeitsverbots bestanden hat.

9. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

- a) Die →versicherte Person ist ebenfalls berufsunfähig, wenn sie pflegebedürftig ist.

b) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die →versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie der Hilfe einer anderen Person bedarf. Voraussetzung ist, dass diese Hilfe in erheblichem Umfang täglich nötig ist:

- bei mindestens drei der in Absatz 9 c) genannten Verrichtungen (sogenannte →Activities of Daily Living = ADL)
- auch bei Einsatz technischer oder medizinischer Hilfsmittel.

Ist die →versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig, gilt die Pflegebedürftigkeit ab Beginn dieses Zeitraums als eingetreten.

c) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls

Bewertungsmaßstab ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung legen wir die nachstehenden Verrichtungen zugrunde:

Die →versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls.

Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedürftig ist, wer nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder ins Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebedürftig ist, wer sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedürftig ist, wer nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.

Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedürftig ist, wer von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da er selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedürftig ist, wer die Unterstützung einer anderen Person benötigt. Gründe hierfür sind:

- Er kann sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern.
- Er kann seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bett-schüssel verrichten.
- Der Darm beziehungsweise die Blase kann nur mit fremder Hilfe entleert werden.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms beziehungsweise der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

d) Pflegebedürftigkeit unabhängig vom Bewertungsmaßstab

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Verrichtungen liegt Pflegebedürftigkeit vor:

- wenn die →versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf,
- wenn die →versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann,
- wenn die →versicherte Person infolge einer schweren oder mittelschweren Demenz (Hirnleistungsstörung) kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde. Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf der Basis einer ausführlichen Untersuchung zu stellen und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 („Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“) vorliegen, der über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermittelt wird.

e) Vorübergehende Änderung des Gesundheitszustands

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 Was gilt für die Schnelle Leistung bei schwerer Krankheit?

1. Erkrankt die →versicherte Person an einer der in Absatz 3 genannten schweren Krankheiten, ist ein vereinfachter Nachweis nach § 19 Absatz 5 für die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit ausreichend.

In diesem Fall leisten wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente für einen Zeitraum von bis zu 18 Monaten und befreien Sie für diesen Zeitraum von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Die Leistung endet nicht, wenn sich die Gesundheit der →versicherten Person vor Ablauf der 18 Monate verbessern sollte.

2. Sie können die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nicht erhalten, wenn

- der Vertrag im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung besteht,
- Sie bereits eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit erhalten oder erhalten haben,
- Sie bereits Leistungen aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erhalten oder
- der Vertrag zum Zeitpunkt der ersten Diagnose weniger als sechs Monate besteht. Dies gilt auch für Erhöhungen mit Ausnahme von Erhöhungen aus einer →Dynamik.

Eine vereinbarte →Wartezeit bei Berufsunfähigkeit nach § 1 gilt auch für die schnelle Leistung bei schwerer Krankheit.

Definition der schweren Krankheiten

3. Wir leisten, wenn die →versicherte Person an einer der folgenden schweren Krankheiten erkrankt:

a) Krebs

Eine Krebserkrankung liegt vor, wenn die →versicherte Person

- eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie begonnen hat oder diese unmittelbar bevorsteht und mindestens eine Metastase festgestellt wurde oder
- sich wegen der Schwere der Erkrankung in einer palliativen Therapie befindet.

b) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt liegt vor, wenn die →versicherte Person einen Herzinfarkt erleidet, der zu einer anhaltenden Einschränkung der Herzleistung führt. Eine anhaltende Einschränkung der Herzleistung liegt vor, wenn eine Reduktion der Ejektionsfraktion auf weniger als 30 Prozent über mindestens 14 Tage hinweg trotz medikamentöser Behandlung besteht.

c) Schlaganfall

Ein Schlaganfall liegt vor, wenn die →versicherte Person einen Schlaganfall erleidet, der zur Lähmung einer Körperhälfte mit einem Kraftverlust von mindestens 5/6 über mindestens 14 Tage hinweg führt.

d) Querschnittslähmung

Eine Querschnittslähmung liegt vor, wenn die →versicherte Person auf einen Rollstuhl aufgrund einer Querschnittslähmung angewiesen ist.

e) Sprach-/Seh-/Hör-Verlust

Sprach-/Seh-/Hör-Verlust liegt vor, wenn ein vollständiger organischer Sprach-/Seh- oder Hör-Verlust über mindestens 14 Tage vorliegt.

Dauer der Leistung

4. Erkrankt die →versicherte Person an einer der schweren Krankheiten nach Absatz 3, erbringen wir die monatliche Leistung ab Beginn des darauffolgenden Monats. Die Leistung endet, wenn:

- wir für 18 Monate schnelle Leistungen bei schwerer Krankheit erbracht haben,
- die vertragliche →Leistungsdauer der Versicherung abgelaufen ist oder
- die →versicherte Person verstorben ist.

Eine vereinbarte →Karenzzeit wird auf den 18-monatigen Zeitraum angerechnet.

5. Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit müssen Sie zusätzlich beantragen. Wir erbringen diese nicht automatisch, wenn die schnellen Leistungen bei schwerer Krankheit enden. Sie können den Antrag auf Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig mit dem Antrag auf eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit oder zu einem späteren Zeitpunkt stellen. Leistungen aufgrund von Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nicht gleichzeitig mit der schnellen Leistung bei schwerer Krankheit.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.
2. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die →versicherte Person. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind hiervon ausgenommen.
- b) durch folgende von der →versicherten Person vorgenommene Handlungen:
 - vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall
 - vorsätzliche Selbstverletzung
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die →versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als →Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der →versicherten Person herbeigeführt haben.
- d) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen schädigen. Dabei muss zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig geworden sein.
- e) durch innere Unruhen, sofern die →versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn
 - die →versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie außerhalb Deutschlands ausgesetzt war. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.
 - die →versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UN oder OSZE berufsunfähig wird, während sie an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.
- g) unmittelbar oder mittelbar durch
 - den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
 - den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Durch diesen Einsatz oder die Freisetzung muss die Gesundheit einer Vielzahl von Personen geschädigt werden. Dabei muss der Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

§ 5 Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen? Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?

Haben Sie eine →Wartezeit vereinbart, gelten die folgenden Regelungen zur Berufsunfähigkeit durch Unfall.

Was ist Berufsunfähigkeit durch Unfall im Sinne dieser Bedingungen?

1. Ein Unfall liegt vor, wenn die →versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.
2. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der →versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - ein Gelenk verrenkt wird oder
 - Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.

Wann besteht der Anspruch und in welchen Fällen ist der Anspruch ausgeschlossen?

3. Grundsätzlich haben Sie Anspruch auf Leistung unabhängig davon, wie es zu dem Unfall gekommen ist.
4. In folgenden Fällen haben Sie keinen Anspruch auf Leistung bei Berufsunfähigkeit durch Unfall:
 - a) Unfälle der →versicherten Person
 - durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen
 - durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Wir leisten jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch einen Unfall gemäß den Absätzen 1 und 2 verursacht wurden.

- b) Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen. Wir leisten jedoch, wenn ein Unfall gemäß Absatz 1 die überwiegende Ursache ist.
- c) Gesundheitsschäden durch Strahlen.
- d) Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der →versicherten Person. Wir leisten jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe infolge eines Unfalls gemäß den Absätzen 1 und 2 veranlasst wurden. Dies gilt auch bei strahlendiagnostischen und -therapeutischen Heilmaßnahmen oder Eingriffen.
- e) Infektionen durch
 - Insektenstiche oder -bisse
 - sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten

Wir leisten jedoch bei

- Tollwut,
- Wundstarrkrampf,
- Infektionen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der →versicherten Person, für die nach Absatz d) Versicherungsschutz besteht.
- f) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.
- g) Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall gemäß den Absätzen 1 und 2 verursacht wurden.
- h) Bauch- oder Unterleibsbrüche. Wir leisten jedoch, wenn sie durch eine unter den Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

§ 6 Wann sind Sie an Investmentfonds beteiligt und was gilt bei einer Beteiligung?

1. Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, sind Sie unmittelbar an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (→Anlagestock) beteiligt. Dieses Sondervermögen besteht aus Anteilen von Fonds, an die die Leistungen aus Ihrem Vertrag gebunden sind. Wir legen den →Anlagestock gesondert von unserem sonstigen Vermögen an. Die auf Ihren Vertrag anfallenden Fondsanteile bilden das →Fondsguthaben Ihrer Versicherung.
2. Die Versicherungsleistungen sind vom Wert des →Fondsguthabens Ihrer Versicherung abhängig.

Den Wert des →Fondsguthabens ermitteln wir wie folgt: Die Anteile von Investmentfonds werden mit dem Rücknahmepreis angesetzt. Wir multiplizieren die Anzahl der Fondsanteile in Ihrem Vertrag mit dem am jeweiligen Stichtag ermittelten Rücknahmepreis. Bei im Voraus bekannten Transaktionen, legen wir als Stichtag den Tag der Fälligkeit zugrunde. Sollte dieser Tag kein →Börsentag sein, erfolgt die Umrechnung am darauffolgenden →Börsentag. Bei sofort auszuführenden Transaktionen erfolgt die Umrechnung spätestens am dritten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns. Fondsanteile in Fremdwährung werden zu den dabei gültigen Tageskursen in Euro umgerechnet.

3. Soweit die Erträge aus den im →Anlagestock enthaltenen Vermögenswerten nicht ausgeschüttet werden, fließen sie unmittelbar dem →Anlagestock zu. Sie erhöhen damit den Wert der Fondsanteile. Erträge, die ausgeschüttet werden, rechnen wir in Fondsanteile um. Wir schreiben diese Ihrem Vertrag gut.
4. Da die Wertentwicklung des →Fondsguthabens nicht vorauszu-sehen ist, können wir den Wert der Versicherungsleistung vor Beginn der Rentenzahlung nicht garantieren.

Sie haben die Chance, insbesondere bei Kurssteigerungen der Investmentfonds im →Anlagestock einen Wertzuwachs zu erzielen. Bei Kursrückgängen tragen Sie aber auch das Risiko der Wertminderung. Dies bedeutet, dass die Versicherungsleistung bei einer guten Fondsentwicklung höher sein wird als bei einer weniger guten Fondsentwicklung. Bei Werten, die nicht in Euro

geführt werden, können Schwankungen der Währungskurse den Wert des →Fondsguthabens zusätzlich beeinflussen.

§ 7 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

1. Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine →Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und an den →Bewertungsreserven.

Die Überschüsse und die →Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs. Wir veröffentlichen sie jährlich im Anhang des Geschäftsberichts.

In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 und 4),
- wie hoch die auf Ihren Vertrag entfallenden Überschüsse sind und wie sie verwendet werden (Absatz 5),
- wie →Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 6 und 7),
- warum wir die Höhe der →Überschussbeteiligung Ihres Vertrags nicht garantieren können (Absatz 8) und
- wie wir Sie über die →Überschussbeteiligung informieren (Absätze 9 und 10).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

2. Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die →Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Ein Teil der für die →Überschussbeteiligung zur Verfügung stehenden Mittel wird den überschussberechtigten Versicherungsverträgen unmittelbar als Direktgutschrift gutgeschrieben. Einen verbleibenden Rest führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu. Der Rückstellung für Beitragsrückerstattung können aber auch Mittel entnommen und den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben werden. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die →Überschussbeteiligung der →Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags am Überschuss ergeben sich weder aus der Höhe des Rohüberschusses noch aus der Höhe der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung.

Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

3. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den verschiedenen Versicherungsarten zu berücksichtigen. Unterscheiden sich die Tarife in einer Bestandsgruppe, so bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe BV Berufsunfähigkeitsversicherungen. Haben Sie den Tarif SBUg abgeschlossen, gehört Ihre Versicherung zum Gewinnverband BUg 2023 L. Haben Sie den Tarif FSBU abgeschlossen, zählt Ihre Versicherung zum Gewinnverband FSBU 2022. Anderenfalls gehört sie zum Gewinnverband BU 2023 L. Haben Sie das Pflegepaket vereinbart, gehört Ihre Versicherung zusätzlich zum Gewinnverband PRZ 2022 in der Bestandsgruppe PR Pflegerenten-Zusatzversicherungen. Jede einzelne Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppen, denen sie angehört.

Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit auch kein Anspruch auf →Überschussbeteiligung.

4. Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Gewinnverbände verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wie hoch sind die auf Ihren Vertrag entfallenden Überschüsse und wie werden sie verwendet?

5. Den laufenden Überschussanteil weisen wir jeweils zu Beginn jedes Versicherungsmonats zu. Bei viertel-, halb- oder jährlicher Beitragszahlung weisen wir zu Beginn jedes Zahlungszeitraums alle auf den Zahlungszeitraum entfallenden monatlichen Überschussanteile zu. Beenden Sie die Versicherung vor Ablauf des Zahlungszeitraums, bringen wir die bis zum Ende des Zahlungszeitraums zu viel zugewiesenen Überschussanteile wieder in Abzug.

Überschüsse vor Eintritt der Berufsunfähigkeit

Der laufende Überschussanteil besteht aus einem Grundüberschussanteil, der in Prozent des überschussberechtigten Beitrages festgesetzt wird.

Der laufende Überschussanteil kann unterschiedlich verwendet werden.

Je nach Überschussverwendung gilt das Folgende:

Welche Überschussverwendung auf Ihre Versicherung zutrifft, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

→Überschussverwendung Beitragsverrechnung beziehungsweise →Überschussverwendung vollständige Beitragsverrechnung

Haben Sie als →Überschussverwendung Beitragsverrechnung vereinbart, werden die laufenden Überschussanteile mit Ihren garantierten Beiträgen verrechnet.

→Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung

Haben Sie als →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart, wird der laufende Überschussanteil auf einem separaten Konto angesammelt. Die Höhe der Verzinsung des angesammelten Guthabens ist nicht garantiert.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene angesammelte Guthaben bis zum Ende des Vertrags fort.

Bei Tod der →versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir das vorhandene angesammelte Guthaben aus.

→Überschussverwendung Bonusrente

Haben Sie als →Überschussverwendung Bonusrente vereinbart, werden die laufenden Überschussanteile zur Finanzierung einer zusätzlichen Rente (→Bonusrente) für diejenigen Verträge verwendet, die eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten. Die →Bonusrente wird zusammen mit der versicherten BU-Rente ausgezahlt und ist der Höhe nach garantiert, solange der Anspruch auf Rente fortbesteht. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit verändert sich bei einer Veränderung der Überschussanteilsätze auch die Höhe der →Bonusrente. Vermindert sich diese →Bonusrente aufgrund einer Veränderung der Überschussanteilsätze, werden wir Sie schriftlich informieren. Sie können in diesem Fall verlangen, dass wir Ihren Vertrag anpassen. Sie müssen dies innerhalb von drei Monaten nach unserer Benachrichtigung geltend machen. In diesem Fall erhöhen wir die garantierte BU-Rente, sodass folgende Gesamtrrenten gleich hoch sind:

- Summe aus der erhöhten garantierten BU-Rente und der aus dieser mit den veränderten Überschussanteilsätzen gebildeten →Bonusrente

- Summe der ursprünglich garantierten BU-Rente und der aus dieser mit den Überschussanteilsätzen vor der Überschussanpassung gebildeten → Bonusrente

Für den Erhöhungsteil müssen Sie einen Beitrag entrichten. Diesen ermitteln wir gemäß den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Vertragsabschluss verwendet haben. Aufsichtsrechtliche Anforderungen bleiben unberührt. Die übrigen Vertragsdaten bleiben unverändert.

Für die Anpassung ist keine Risikoprüfung erforderlich. Es entstehen für Sie daher bei der Prüfung unserer Leistungspflicht keine Nachteile.

Machen Sie von dem Recht, Ihren Vertrag anzupassen, keinen Gebrauch, sinkt die → Bonusrente nach Ablauf der Dreimonatsfrist.

→ Überschussverwendung Fondsguthaben

Haben Sie als → Überschussverwendung Fondsguthaben vereinbart, wird der laufende Überschussanteil als → Fondsguthaben Ihrer Versicherung gemäß § 6 geführt.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene → Fondsguthaben bis zum Ende der vereinbarten → Versicherungsdauer fort.

Bei Tod der → versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir das vorhandene → Fondsguthaben aus.

→ Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung

Ein Teil der Überschussanteile wird dazu verwendet, Ihren garantierten Beitrag zu senken. Der andere Teil der Überschussanteile wird als → Fondsguthaben Ihrer Versicherung gemäß § 6 geführt.

Erhalten Sie eine BU-Rente führen wir das vorhandene → Fondsguthaben bis zum Ende der vereinbarten → Versicherungsdauer fort.

Bei Tod der → versicherten Person, bei Kündigung oder bei Ablauf der Versicherung zahlen wir ein vorhandenes → Fondsguthaben aus.

Überschüsse nach Eintritt der Berufsunfähigkeit

Versicherungen im Rentenbezug erhalten als laufende Überschussanteile Zinsüberschussanteile. Diese setzen wir in Prozent des maßgeblichen → Deckungskapitals fest. Sie werden in eine → Bonusrente umgewandelt, die zusammen mit der versicherten BU-Rente ausgezahlt wird.

Wie entstehen → Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

6. → Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

7. Haben Sie als → Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung vereinbart, können → Bewertungsreserven für die angesammelten Überschussanteile entstehen.

In diesem Fall erhalten Sie bei Beendigung Ihres Vertrags eine Beteiligung an den → Bewertungsreserven.

8. Haben Sie eine andere Überschussverwendung gewählt, erhalten Sie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit keine Beteiligung an den → Bewertungsreserven.

9. Während einer Rentenzahlung können → Bewertungsreserven bei denjenigen Kapitalanlagen bestehen, die zur Deckung der Rentenzahlungen herangezogen werden.

Im Rentenbezug beteiligen wir Sie unabhängig von der gewählten Überschussverwendung über eine angemessen erhöhte laufende → Überschussbeteiligung an den → Bewertungsreserven.

Die Höhe der → Bewertungsreserven ermitteln wir während einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit jährlich neu.

10. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den → Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Nähere Erläuterungen zu den für Ihren Vertrag maßgeblichen → Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der → Überschussbeteiligung nicht garantieren?

11. Die Höhe der → Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Berufsunfähigkeitsrisikos, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen → Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir über die → Überschussbeteiligung?

12. Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite unter www.lv1871.de.

13. Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Diese Standmitteilung senden wir Ihnen erstmals nach dem Ende des ersten Versicherungsjahres zu. Dabei berücksichtigen wir die → Überschussbeteiligung Ihres Vertrags. Sie erhalten keine automatische Information, wenn der Stand der → Überschussbeteiligung unverändert bleibt.

Haben Sie die → Überschussverwendung Fondsguthaben, die → Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung oder die → Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung gewählt, geben wir Ihnen auf Wunsch den aktuellen Wert Ihres Guthabens jederzeit an.

Gestaltungsmöglichkeiten

§ 8 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie?

1. Nachversicherungsgarantie

- a) Was versteht man unter Nachversicherungsgarantie für die Berufsunfähigkeitsversicherung und wann können Sie diese beantragen?

Sie haben das Recht, die vereinbarte BU-Rente zu erhöhen - ohne erneute Risikoprüfung. Diese Möglichkeit der Erhöhung bezeichnen wir als Nachversicherung. Durch die Nachversicherung erhöht sich Ihr Beitrag. Weitere Änderungen ergeben sich für Ihren Vertrag nicht.

Das bedeutet insbesondere:

- Die Nachversicherung erfolgt auf Basis der Ihrem Vertrag aktuell zugrundeliegenden Berufseinstufung.
- Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir mit den Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses.
- Medizinische Risiken, Hobbys und Freizeitaktivitäten werden wir im Rahmen der Nachversicherung nicht überprüfen. Zwischenzeitlich aufgetretene Erkrankungen oder aufgenommene Freizeitaktivitäten können somit nicht zu einer Beitragserhöhung führen.
- Wir prüfen lediglich, ob die Nachversicherung finanziell angemessen ist (vergleiche Absatz 1 c)).

Ereignisabhängige Nachversicherung

Sie können das Recht auf Nachversicherung beim Eintritt der nachfolgend genannten Ereignisse im Leben der → versicherten Person ausüben. Das ist innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses möglich. Das Ereignis muss während der → Versicherungsdauer eingetreten sein.

- Eintritt der Volljährigkeit
- Heirat
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft
- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Tod des erwerbstätigen Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum jeweils mit einem Darlehen von mindestens 100.000 Euro

- Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung
- Erstmaliger Beginn eines Hochschulstudiums, wenn die →versicherte Person nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - ausgeübt hat
- Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen
- Erstmaliger Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - aufnimmt
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung wie zum Beispiel Master, Promotion oder Facharzt Ausbildung, sofern die →versicherte Person eine der Weiterqualifizierung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt
- Gehaltserhöhung (= Erhöhung des →regelmäßigen Bruttoeinkommens) um mindestens zehn Prozent im Zusammenhang mit Arbeitgeberwechsel, Beförderung oder Erhöhung der Arbeitszeit im Rahmen einer Teilzeittätigkeit. Als Beförderung gilt auch, wenn die →versicherte Person eine Weiterbildung erfolgreich absolviert oder einen Meisterbrief erhält
- Wechsel aus einem mindestens ein Jahr laufenden sozialversicherungspflichtigen Teilzeit- oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle
- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit in einem der folgenden freien Berufe: Arzt, Apotheker, Architekt, Beratender Ingenieur, Notar, Patentanwalt, Psychotherapeut, Rechtsanwalt, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer. Voraussetzung ist, dass eine Mitgliedschaft in der jeweils zuständigen Kammer besteht.
- bei Selbstständigen Steigerung des Gewinns vor Steuern in den letzten drei Geschäftsjahren um durchschnittlich 30 Prozent im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davorliegenden Geschäftsjahre
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung für Handwerker bei Erfüllung der Mindestpflichtversicherungszeit
- Wegfall oder Reduzierung der Ansprüche bei Berufsunfähigkeit aus der betrieblichen Altersversorgung.

Ereignisunabhängige Nachversicherung

Sie können das Recht auf Nachversicherung auch ausüben, ohne dass eines der Ereignisse nach Absatz 1 vorliegt. Voraussetzungen hierfür sind jedoch, dass

- in den letzten drei Jahren keine ereignisabhängige oder ereignisunabhängige Nachversicherung für diesen oder einen anderen bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München bestehenden Vertrag erfolgt ist und
- nicht zum gleichen Zeitpunkt eine ereignisabhängige Nachversicherung nach Absatz 1 beantragt wird.

→Wartezeit

Es gilt ab Beginn der jeweiligen ereignisunabhängigen Nachversicherung eine →Wartezeit von drei Jahren. Tritt ein Leistungsfall aufgrund von Berufsunfähigkeit, schwerer Krankheit gemäß § 3 Absatz 3 oder Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf dieser →Wartezeit ein, erbringen wir keine Leistung aus der jeweiligen Nachversicherung. In diesem Fall erlischt diese Nachversicherung. Die hierfür bis zum Eintritt des Leistungsfalls geleisteten Beiträge werden zurückerstattet. Wurde der Leistungsfall jedoch ausschließlich durch einen Unfall verursacht (vergleiche § 5), leisten wir. Der Unfall muss während der →Wartezeit eingetreten sein.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

b) Wann ist das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen?

Sie können das Recht auf Nachversicherung nicht ausüben, wenn

- Sie Leistungen beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir aktuell leisten
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit geleistet haben
- der Vertrag aktuell beitragsfrei ist
- die →versicherte Person älter als 50 Jahre ist - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter
- der Versicherungsvertrag über einen Kollektivvertrag zustande gekommen ist, der dieses Recht ausdrücklich ausschließt. Ob das Recht auf Nachversicherung ausgeschlossen ist, finden Sie in Ihrem →Versicherungsschein.

c) Wie hoch darf die nachzuversichernde jährliche Berufsunfähigkeitsrente sein?

(1) Wir ermitteln die Obergrenze für die BU-Rente, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist. Haben Sie als →Überschussverwendung Bonusrente vereinbart, ist eine Nachversicherung nur möglich, wenn die Summe aus der erhöhten garantierten BU-Rente und der aus dieser gebildeten →Bonusrente die Obergrenze nicht übersteigt.

Die Obergrenze dokumentieren wir in Ihrem →Versicherungsschein. Die Höhe der Obergrenze hängt von den Angaben ab, die Sie bei Antragstellung gemacht haben. Dafür ist insbesondere der Beruf der →versicherten Person entscheidend. In die Obergrenze fallen alle für dieselbe →versicherte Person bei uns bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Wenn die →versicherte Person den Beruf wechselt, berechnen wir auf Ihren Wunsch hin die Obergrenze neu. Die Obergrenze werden wir in keinem Fall reduzieren.

Übersteigt die neue Obergrenze die versicherte Jahresrente, ist ab diesem Zeitpunkt eine Nachversicherung bis zu dieser Obergrenze möglich.

(2) Die Gesamt-BU-Rente darf 60 Prozent des →regelmäßigen Bruttoeinkommens der →versicherten Person nicht übersteigen. Darunter fallen alle für dieselbe →versicherte Person bei uns oder anderen Versicherungen bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Es gibt Berufe, für die nach unseren Annahmerichtlinien Höchstgrenzen für die versicherbare Jahresrente bestehen. In diesem Fall können Sie die Gesamt-BU-Rente durch Nachversicherung maximal bis zu dieser Höchstgrenze unabhängig vom Arbeits-einkommen aufstocken. Eine Aufstockung ist allerdings generell höchstens bis zur Obergrenze gemäß Absatz (1) möglich.

(3) Bei der ereignisabhängigen Nachversicherung ist eine Erhöhung der Rente um maximal 50 Prozent möglich. Maßgeblich ist dafür die Rente zu dem Zeitpunkt, an dem Sie die Erhöhung beantragen.

(4) Bei der ereignisunabhängigen Nachversicherung darf die Erhöhung der Rente jeweils maximal 3.000 Euro jährlich betragen.

(5) Jede Erhöhung der Rente muss mindestens 600 Euro betragen.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

d) Welche Unterlagen sind erforderlich, wenn Sie die Nachversicherung beantragen?

Wenn Sie eine Nachversicherung beantragen, müssen Sie uns Belege und Erklärungen zu folgenden Umständen einreichen:

- zum betreffenden Ereignis,
- zum →regelmäßigen Bruttoeinkommen,
- zur Gesamt-BU-Rente.

e) Welche sonstigen Vereinbarungen gelten für die Nachversicherung?

Im Falle einer Anpassung des Vertrags aufgrund Verminderung der aus Überschussanteilen gebildeten → Bonusrente gelten die Regelungen des Paragraphen „Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?“ Absatz „Verwendung der Überschüsse“.

2. Zukunftsgarantie für Schüler, Studenten und Auszubildende

a) Schüler, Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 3 bis 5 haben die Möglichkeit, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit, eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit einzuschließen. Wir nehmen dabei keine erneute Risikoprüfung vor.

b) Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 4 und 5 haben das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss des Studiums beziehungsweise der Ausbildung ihre Berufseinstufung und die Obergrenze für die Nachversicherung überprüfen zu lassen. Schüler im Sinne von § 2 Absatz 3 haben diese Möglichkeit zusätzlich innerhalb von zwölf Monaten nach

- einem Wechsel der Schulform,
- einer Versetzung in die gymnasiale Oberstufe und
- dem erstmaligen Beginn eines Studiums, einer Berufsausbildung oder einer Berufstätigkeit.

Eine Beitragserhöhung und eine Herabsetzung der Obergrenze sind dabei ausgeschlossen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor.

c) Schüler, Studenten und Auszubildende im Sinne von § 2 Absatz 3 bis 5 haben ferner das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit, eine → Dynamik einzuschließen oder eine bestehende → Dynamik zu erhöhen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor. Es können alle Dynamikmodelle und Prozentsätze gewählt werden, die nach unseren Annahmerichtlinien für den dann ausgeübten Beruf zulässig sind.

d) Zudem ist im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherung eine Erhöhung der zuletzt versicherten BU-Rente um maximal 100 Prozent bei folgenden Ereignissen möglich:

- Erstmaliger Beginn einer Berufsausbildung
- Erstmaliger Beginn eines Hochschulstudiums, wenn die → versicherte Person nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig - ausgeübt hat
- Abschluss eines Hochschulstudiums oder anerkannten Ausbildungsberufs und Beginn einer Tätigkeit, die dieses Studium oder diese Ausbildung typischerweise voraussetzen.

Hierbei gilt bereits die gemäß Absatz 2 b) überprüfte Obergrenze, höchstens aber die für den jeweiligen Beruf gültige Höchstrente gemäß Annahmerichtlinie.

e) Falls in Ihrem → Versicherungsschein geregelt ist, dass die folgenden Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden (Ausschlussklausel),

- Gelenke
- Fußdeformitäten
- Sehnen
- Wirbelsäule
- Frakturen ohne Gelenkbeteiligung
- Allergien
- Sehstörungen unter 8 Dioptrien

können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem erstmaligen Beginn einer unbefristeten oder mindestens auf sechs Monate befristeten Erwerbstätigkeit (angestellt oder selbständig) der → versicherten Person überprüfen lassen, ob ein Verzicht auf diese Ausschlussklausel für die Zukunft möglich ist.

Um zu prüfen, ob auf die Klausel verzichtet werden kann, überlassen wir Ihnen einen Fragebogen, der von Ihnen auszufüllen ist. Ferner sind Nachweise über die Erwerbstätigkeit und zusätzlich auf Verlangen über den Gesundheitszustand einzureichen. Die damit verbundenen Kosten sind von Ihnen zu tragen. Die Prüfung, ob ein Verzicht auf die Ausschlussklausel möglich ist, erfolgt auf Grundlage unserer zum Überprüfungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien. Falls kein Verzicht auf die Klausel möglich ist, legen wir dies unter Vorlage der entsprechenden Annahmerichtlinie dar.

Falls Sie die MeinPlan-Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder die BU-Option zur Golden IV ausgeübt haben, beachten Sie bitte die Besonderen Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz und der BU-Option zur Golden IV.

3. Karrieregarantie für Berufstätige

a) Ist die → versicherte Person

- als Arbeitnehmer in einem unbefristeten Angestelltenverhältnis beschäftigt und
- hat die BU-Rente die Obergrenze, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist, erreicht,

können Sie Ihre BU-Rente trotzdem ohne erneute Risikoprüfung erhöhen. Voraussetzung ist, dass das → regelmäßige monatliche Bruttoeinkommen der → versicherten Person im Rahmen einer Gehaltserhöhung im Vergleich zum Vormonat um mindestens fünf Prozent steigt. Sie können die BU-Rente innerhalb von zwölf Monaten nach der Erhöhung des → regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens der → versicherten Person anheben.

b) Die prozentuale Erhöhung der BU-Rente darf maximal so hoch sein wie die prozentuale Erhöhung des → regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens der → versicherten Person. Über die Erhöhung des → regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens der → versicherten Person müssen Sie uns einen Nachweis erbringen.

Die Gesamt-BU-Rente darf infolge der Erhöhung aufgrund der Steigerung des → regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommens maximal doppelt so hoch sein wie die Obergrenze für die Nachversicherung. Diese Obergrenze finden Sie in Ihrem → Versicherungsschein.

Zudem darf die Gesamt-BU-Rente 60 Prozent des → regelmäßigen Bruttoeinkommens der → versicherten Person nicht übersteigen. Darunter fallen alle für dieselbe → versicherte Person bei uns oder anderen Versicherungen bestehenden oder beantragten BU-Renten.

Übt die → versicherte Person einen Beruf aus, für den nach unseren Annahmerichtlinien eine Höchstgrenze für die versicherbare Jahresrente gilt, darf die Gesamt-BU-Rente durch die Karrieregarantie nur bis zu dieser Höchstgrenze angehoben werden.

c) Sie können die Karrieregarantie nicht ausüben, wenn

- Sie die Gehaltserhöhung nach Abschluss einer Berufsausbildung beziehungsweise eines Hochschulstudiums und Beginn der entsprechenden Tätigkeit erhalten haben
- Sie aufgrund dieser Gehaltserhöhung bereits Ihr Recht auf Nachversicherungsgarantie in Anspruch genommen haben
- zum Zeitpunkt der Ausübung der Karrieregarantie die BU-Rente unterhalb der Obergrenze liegt, bis zu der eine Nachversicherung möglich ist
- Sie Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit leisten oder geleistet haben
- die → versicherte Person älter als 50 Jahre ist - maßgebend ist das → rechnerische Alter
- der Versicherungsvertrag über einen Kollektivvertrag zustande gekommen ist, der dieses Recht ausdrücklich ausschließt. Ob die Karrieregarantie ausgeschlossen ist, finden Sie in Ihrem → Versicherungsschein.

d) Wenn Sie die Karrieregarantie ausüben wollen, müssen Sie uns Belege und Erklärungen zu folgenden Umständen einreichen:

- zum →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommen vor der Gehaltserhöhung,
- zum →regelmäßigen monatlichen Bruttoeinkommen nach der Gehaltserhöhung,
- zum aktuell ausgeübten Beruf,
- zur Gesamt-BU-Rente.

4. Überprüfung der Berufseinstufung nach einem Berufswechsel

Bei einem Berufswechsel der →versicherten Person haben Sie das Recht die Berufseinstufung der →versicherten Person und die Obergrenze für die Nachversicherung überprüfen zu lassen. Dies ist frühestens zwölf Monate nach dem Berufswechsel der →versicherten Person möglich. Dazu müssen Sie uns den Fragebogen Berufswechsel einreichen. Wenn die neue berufliche Tätigkeit zu einer verbesserten Berufseinstufung führt, sinkt der künftige zu zahlende Beitrag. Wir ermitteln den neuen Beitrag mit den Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses gelten. Vereinbarte Zuschläge oder Einschränkungen der Leistungen bleiben unverändert.

Wir können eine Änderung der Berufseinstufung und der Obergrenze für die Nachversicherung von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen.

Können wir Ihnen aufgrund des Berufswechsels der →versicherten Person keinen günstigeren Beitrag beziehungsweise keine höhere Obergrenze anbieten, bleiben Ihr bisheriger Beitrag und Ihre bisherige Obergrenze unverändert. Eine Beitragserhöhung und eine Herabsetzung der Obergrenze schließen wir von vornherein aus.

5. Verlängerungsgarantie

- a) Sie haben das Recht, die →Versicherungsdauer und →Leistungsdauer Ihres Vertrags an eine Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder im berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufes, in dem die →versicherte Person Mitglied ist, anzupassen – ohne erneute Risikoprüfung. Die →Versicherungsdauer und die →Leistungsdauer Ihres Vertrags werden dabei maximal um die Zeitspanne verlängert, um die sich die Regelaltersgrenze für die →versicherte Person verschiebt. Sie können die Dauer nur um volle Jahre verlängern.

Üben Sie die Verlängerungsgarantie aus, berechnen wir den Beitrag für Ihren Vertrag neu. Dabei berücksichtigen wir das Alter der →versicherten Person bei Abschluss des Vertrags, die Restlaufzeit des bisherigen Vertrags einschließlich der Verlängerung sowie gegebenenfalls vereinbarte Zuschläge. Infolge der verlängerten Vertragsdauer erhöhen sich Ihre Beiträge nach Ausübung der Verlängerungsoption. Über die Beitragsanpassung informieren wir Sie in →Textform. Gültige Leistungseinschränkungen gelten auch für die verlängerte →Versicherungsdauer.

- b) Sie können das Recht auf Verlängerung innerhalb von zwölf Monaten

- nach Inkrafttreten einer Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze beziehungsweise
- wenn die →versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, nach Inkrafttreten einer berufsständischen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze des entsprechenden Kammerberufes

ausüben.

- c) Sie können das Recht auf Verlängerungsgarantie nicht ausüben, wenn

- Sie Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit beantragt haben und wir noch nicht abschließend geprüft haben, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen
- wir bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit leisten oder geleistet haben
- das bei Vertragsabschluss vereinbarte Endalter weniger als 60 Jahre beträgt
- der Vertrag beitragsfrei ist

6. Wahlrecht zur Übertragung der Fondsanteile

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, haben Sie folgendes Wahlrecht:

Unsere Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Geld. Sie können jedoch abweichend hiervon eine Auszahlung des →Fondsguthabens in Fondsanteile des →Anlagestocks verlangen. Ihr Antrag auf Übertragung der Fondsanteile muss uns spätestens einen Monat vor dem Fälligkeitstag der Auszahlung vorliegen. Zur Ausübung dieses Wahlrechts werden wir Sie rechtzeitig informieren. Auszahlungen unter 1.000 Euro, Bruchteile von Fondsanteilen oder Fondsanteile institutioneller Anlageklassen erbringen wir in jedem Fall in Geld.

Wenn Sie die Übertragung der Fondsanteile verlangen, müssen Sie uns ein bestehendes Wertpapierdepot benennen, auf welches die Anteile übertragen werden können.

Die Übertragung der Fondsanteile erfolgt auf Ihre Kosten (vergleiche § 17) und Ihre Gefahr.

7. Wahlrecht zur vorzeitigen Auszahlung des →Fondsguthabens (Teilauszahlung)

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, können Sie folgendes Wahlrecht in Anspruch nehmen:

Sie können sich jederzeit einen Betrag aus Ihrem →Fondsguthaben auszahlen lassen. Eine →Auszahlung muss mindestens 200 Euro betragen.

Wir setzen die →Auszahlung in Euro fest. Den Betrag entnehmen wir anteilmäßig den Investmentfonds Ihres →Fondsguthabens. Maßgeblich für die Wertfestlegung der →Auszahlung ist der Preis der Fondsanteile des →Börsentages, an dem die →Auszahlung ausgeführt wird. Ist eine sofortige Auszahlung gewünscht, legen wir den Preis der Anteilseinheiten spätestens des dritten →Börsentages nach dem der Antrag auf Auszahlung bei uns eingegangen ist zugrunde.

Bitte beachten Sie, dass →Auszahlungen das →Fondsguthaben mindern. Entsprechend vermindern sich auch die Leistungen aus dem →Fondsguthaben. Informationen dazu können Sie der Abrechnung Ihrer →Auszahlung entnehmen.

Die Teilauszahlung erfolgt auf Ihre Kosten (vergleiche § 17) und Ihre Gefahr.

8. Übernahme der Risikoprüfung Ihrer Versicherung für eine neue Basisrentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung

Sie können beantragen, dass wir die zu Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung erfolgte Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit Berufsunfähigkeitszusatzversicherung (BUZ) übernehmen.

a) Welche Voraussetzungen gelten?

Sie können beantragen, dass das Ergebnis der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Berufsunfähigkeitsversicherung für eine neue Basisrentenversicherung mit BUZ übernommen wird, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie kündigen die bestehende Berufsunfähigkeitsversicherung unter der Bedingung, dass eine Basisrentenversicherung mit BUZ mit der →versicherten Person als →Versicherungsnehmer zustande kommt. Die →versicherte Person beantragt gleichzeitig mit der Kündigung der bestehenden Versicherung eine Basisrentenversicherung mit BUZ. Ihre Kündigung der bestehenden Versicherung wird mit Beginn der Basisrentenversicherung mit BUZ wirksam.
- Der Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ erfolgt in dem Tarif, der zu diesem Zeitpunkt verkaufsoffen ist.
- Der Beitrag und der Umfang des Versicherungsschutzes der Basisrentenversicherung mit BUZ bestimmt sich nach den Angaben zu Ihrer bestehenden Versicherung.
- Nachfolgende Angaben Ihrer bestehenden Versicherung gelten nicht weiter. Es gilt stattdessen:
 - Versicherungsbeginn ist das Datum, zu dem die Basisrentenversicherung mit BUZ beginnen soll.

- Eintrittsalter ist das Alter der →versicherten Person bei Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ.
- Die →Versicherungsdauer und die →Leistungsdauer der neuen Berufsunfähigkeitszusatzversicherung entsprechen der restlichen →Versicherungsdauer und restlichen →Leistungsdauer der bestehenden Versicherung.
- Haben Sie zu Ihrer Versicherung Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegepakets oder Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart, entfallen diese bei der Basisrentenversicherung mit BUZ.
- Der Beitrag zur Basisrentenversicherung beträgt - ohne Berücksichtigung des Beitrags zur Berufsunfähigkeitszusatzversicherung - höchstens 3.000 Euro jährlich.

Wollen Sie zusätzliche Leistungen vereinbaren, ist dafür unsere Zustimmung erforderlich.

b) Wie erfolgt die Risikoprüfung zur Basisrentenversicherung mit BUZ?

- Wir legen der neuen Basisrentenversicherung mit BUZ das Ergebnis der Risikoprüfung Ihrer bestehenden Versicherung einschließlich vereinbarter Zuschläge sowie Leistungsausschlüsse zugrunde.
- Haben Sie uns im Rahmen der Antragsstellung der bestehenden Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der →versicherten Person gemacht (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht), gelten die Regelungen gemäß § 18 auch für die neue Basisrentenversicherung mit BUZ. Die Fristen nach § 21 Absatz 3 VVG über die Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach § 18 beginnen bei Abschluss der Basisrentenversicherung mit BUZ nicht neu zu laufen.

c) Wann ist die Übernahme des Ergebnisses der Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit BUZ ausgeschlossen?

In folgenden Fällen können Sie nicht verlangen, dass wir die zu Ihrer bestehenden Versicherung erfolgte Risikoprüfung für eine Basisrentenversicherung mit BUZ übernehmen:

- Sie haben Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit der →versicherten Person beantragt und wir haben noch nicht abschließend geprüft, ob die Leistungsvoraussetzungen vorliegen.
- Wir leisten bereits aufgrund von Berufsunfähigkeit der →versicherten Person.
- Die →versicherte Person ist älter als 40 Jahre - maßgebend ist das →rechnungsmäßige Alter.
- Die bestehende Versicherung ist über einen Kollektivvertrag mit reduzierter Risikoprüfung zustande gekommen.
- Die bestehende Versicherung ist darauf zurückzuführen, dass Sie eine der folgenden Optionen ausgeübt haben:
 - BU-Option der Golden IV,
 - BU-Option der Performer Primus-Rentenversicherung,
 - BU-Option mit Pflegeschutz von MeinPlan Kids,
 - Fortführung der BU-Rente im Rahmen einer selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung bei Beitragsfreistellung der MeinPlan Basisrente nach § 14 Absatz 8 der Besonderen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit erweiterten Leistungen zu „MeinPlan Basisrente – die fondsgebundene Basis-Rente der LV 1871“.
- Ihre bestehende Versicherung ist beitragsfrei gestellt.
- Ihre Versicherung besteht im Rahmen einer betrieblichen Altersversorgung.
- Das Endalter Ihrer bestehenden Versicherung liegt unter dem Mindest-Endalter, das für den Abschluss einer Basisrentenversicherung mit BUZ vorausgesetzt wird.

Beginn des Versicherungsschutzes

§ 9 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem im →Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (vergleiche § 10 Absatz 2 und 3 und § 11).

Beitragszahlung

§ 10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

1. Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Die →Versicherungsperiode entspricht der Zahlungsweise. Bei Jahreszahlung beträgt sie beispielsweise ein Jahr, bei halbjährlicher Beitragszahlung ein halbes Jahr und so weiter.
2. Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn. Unverzüglich heißt, ohne schuldhaftes Zögern. Der Versicherungsbeginn ist im →Versicherungsschein angegeben.

Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten →Versicherungsperiode fällig.

3. Sie können die Beiträge überweisen oder im Lastschriftverfahren zahlen. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, buchen wir den Beitrag jeweils zu den in Absatz 2 genannten Terminen von dem uns angegebenen Konto ab.
4. Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn wir vereinbart haben, den Beitrag von einem Konto einzuziehen, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, können wir künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens verlangen.

5. Sie übermitteln Ihre Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

Stundung

6. Sie können verlangen, dass die Beitragszahlung für Ihre Versicherung ausgesetzt wird. Eine solche Stundung ist für maximal 24 Monate möglich. Während der Elternzeit ist abweichend davon eine Stundung von maximal 36 Monaten möglich.

Der Versicherungsschutz bleibt während dieser Zeit in vollem Umfang erhalten.

Voraussetzungen für die Stundung sind:

- Der Vertrag besteht mindestens seit einem Jahr und
- seit der letzten Stundung ist mindestens ein Jahr vergangen und
- die nach Ablauf der Beitragsstundung verbleibende →Beitragszahlungsdauer beträgt noch mindestens ein Jahr.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

Während des Stundungszeitraums fallen keine Zinsen aufgrund der Stundung für Sie an.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums können Sie die gestundeten Beiträge zinslos:

- in einem Betrag nachzahlen,

- in monatlichen, vierteljährlichen, halbjährlichen, jährlichen Raten über einen Zeitraum von maximal 48 Monaten nachrichten. Oder
- mit einem vorhandenen verzinslich angesammelten Guthaben oder →Fondsguthaben ganz oder teilweise verrechnen lassen.

Anstelle der zinslosen Rückzahlung der gestundeten Beiträge, können Sie die offenen Beiträge auch durch eine Vertragsänderung – wahlweise Verringerung der Versicherungsleistungen oder Erhöhung des zukünftigen Beitrags – begleichen.

Haben Sie die Beitragszahlung bereits 24 Monate ausgesetzt, müssen Sie alle gestundeten Beiträge nachzahlen, bevor Sie erneut eine Stundung vereinbaren können.

Sie können nicht mehr stunden, wenn Sie bereits eine Stundung für insgesamt 24 Monate in Anspruch genommen haben und die gestundeten Beiträge auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilt wurden.

Sie können das Recht auf Stundung neu begründen, indem Sie die ausstehenden auf die restliche →Beitragszahlungsdauer verteilten Raten einmalig nachzahlen.

7. Wenn eine Leistung fällig wird, verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände mit dieser. Kündigen Sie Ihre Versicherung und ist eine Verrechnung der gestundeten Beiträge nicht möglich, müssen Sie diese in einem Betrag nachzahlen.

§ 11 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Erster Beitrag

1. Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
2. Ist der erste Beitrag noch nicht gezahlt, wenn der Versicherungsfall eintritt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in →Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im →Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Pflicht zur Leistung bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

3. Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in →Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
4. Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
5. Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag fristlos kündigen, wenn Sie sich noch immer mit Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

6. Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur innerhalb eines Monats nach der Kündigung. Wurde die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden, können Sie innerhalb eines Monats nach Fristablauf nachzahlen.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Regelungen zur Fondsauswahl

§ 12 Wie können Sie Fonds wechseln?

Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, können Sie Folgendes in Anspruch nehmen:

Umschichtung des →Fondsguthabens (→Shift)

1. Sie können jederzeit Ihr bereits angespartes →Fondsguthaben in andere Fonds umschichten (→Shiften). Sie können aus allen Fonds unserer aktuellen Auswahl wählen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass gleichzeitig auch zukünftige Beiträge in neue Fonds investiert werden. Solange Sie die Anlageaufteilung der künftigen Beiträge nicht ändern (vergleiche Absatz 2), erfolgt die Anlage entsprechend Ihrer bisher gewählten Fondsaufteilung.

Bei der Umschichtung wird das →Fondsguthaben entsprechend Ihrer Festlegung ganz oder teilweise auf die neu bestimmten Fonds übertragen. Wir rechnen dieses in Anteileneinheiten der neu bestimmten Fonds um. Dabei legen wir den Kurs des →Börsentages zugrunde, an dem der Fondswechsel ausgeführt wird.

Die Umschichtung führen wir spätestens am zweiten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns durch, jedoch nicht vor dem von Ihnen genannten Termin. Die Umschichtung von →Fondsguthaben auf Fonds, die Ihrem →Fondsguthaben bereits zugrunde liegen, gilt ebenfalls als →Shift. Bei einer Umschichtung fallen keine Ausgabeaufschläge an.

Die Umschichtung Ihres →Fondsguthabens ist immer kostenfrei.

Änderung der Anlageaufteilung (→Switch)

2. Sie können auch nur Ihre künftigen Beiträge in anderen von uns angebotenen Fonds anlegen (→Switchen). Dabei können Sie aus den zur Verfügung stehenden Fonds insgesamt bis zu 20 verschiedene Fonds wählen. Für die Anlageaufteilung muss der Prozentanteil pro Fonds mindestens 3 Prozent betragen. Es sind nur ganzzahlige Prozentsätze möglich. Die Summe der prozentualen Anteile muss 100 Prozent ergeben. Das bereits angesammelte →Fondsguthaben ist von dieser Änderung nicht betroffen und verbleibt in den bisher angesparten Fonds.

Die Änderung führen wir spätestens am zweiten →Börsentag nach Eingang Ihres Auftrages bei uns durch. Ist ein →Switch von Ihnen zu einem späteren Termin gewünscht, wird die Änderung an diesem Termin durchgeführt. Die Änderung Ihrer Anlageaufteilung (→Switch) ist für Sie immer kostenfrei.

3. Bei einem Wechsel Ihrer Fondsanlage (→Shift oder →Switch) bleiben die technischen Daten zu Ihrer Versicherung unverändert. Technische Daten sind beispielsweise der Versicherungsbeginn, der Rentenzahlungsbeginn, der Beitrag, die garantierte →Todesfallleistung sowie eine eventuell vereinbarte →Erlebensfallgarantie.
4. Ihrem →Fondsguthaben dürfen insgesamt bis zu 40 Investmentfonds zugrunde liegen.

Vermögenssicherung zum Ende der →Versicherungsdauer (→Ablaufmanagement)

5. Bei Versicherungen ab einer →Versicherungsdauer von zwölf Jahren bieten wir Ihnen die Möglichkeit eines kostenfreien passiven →Ablaufmanagements an. Dadurch werden die Risiken einer Wertminderung aufgrund von Kursrückgängen reduziert (Sicherung Ihres Börsenerfolges).

Haben Sie das passive →Ablaufmanagement bei Vertragsabschluss vereinbart, beginnen wir fünf Jahre vor dem vereinbarten Ende der →Versicherungsdauer mit der Sicherung Ihres Börsenerfolges. Wir schichten unabhängig vom Kapitalmarktverlauf Ihr →Fondsguthaben monatlich in einen risikoarmen Fonds um. Den risikoarmen Fonds wählen wir aus unserer dann gültigen Fondsauswahl aus. Über den Beginn des →Ablaufmanagements werden wir Sie rechtzeitig informieren. Weitere Informationen und Erläuterungen erhalten Sie mit unserem Schreiben.

Sie können jederzeit das →Ablaufmanagement beenden. Die Frist für die Beendigung zum nächsten Monatsersten beträgt zwei Wochen. Eine erneute Aktivierung ist ebenfalls möglich.

Haben Sie das →Ablaufmanagement nicht bei Vertragsabschluss vereinbart, werden wir Sie dennoch rechtzeitig auf diese Option hinweisen (Ablaufcheck). Sie haben dann die Möglichkeit

das →Ablaufmanagement nachträglich zu beantragen oder einmalig Ihr →Fondsguthaben kostenlos in risikoärmere Investmentfonds umzuschichten.

§ 13 Was geschieht bei unplanmäßigen Veränderungen der Fonds?

1. Das Fondsangebot kann im Laufe der Zeit aus unterschiedlichen Gründen Veränderungen unterworfen sein.

Solche Gründe können beispielsweise sein:

- die Schließung oder Auflösung eines Investmentfonds durch die Fondsgesellschaft
- die nachträgliche Erhebung oder Erhöhung von Kosten, mit denen wir beim Fondseinkauf belastet werden
- die Einstellung von An- und Verkauf
- die Beendigung unserer Kooperation mit der entsprechenden Fondsgesellschaft
- Investmentfonds erfüllen die ursprüngliche Anlagestrategie aus Sicht des Vermögensverwalters oder des Versicherers nicht mehr beziehungsweise entsprechen der Anlagephilosophie des gewählten Portfolios nicht mehr.

2. In solchen Fällen sind wir berechtigt, den betroffenen Investmentfonds aus unserer Auswahl zu entfernen. Dies gilt auch für bereits bestehende Versicherungsverträge.
3. Sollte Ihre Versicherung von einer Änderung nach Absatz 1 oder 2 betroffen sein, werden wir Sie unverzüglich schriftlich benachrichtigen. Ab Zugang einer derartigen Benachrichtigung können Sie innerhalb von vier Wochen einen Investmentfonds aus unserer aktuellen Auswahl benennen, der anstelle des bei uns nicht mehr zur Anlage zur Verfügung stehenden Investmentfonds treten soll. Dies gilt für die Anlage zukünftiger Beträge und gegebenenfalls – je nach Art des Vorfalls – auch für die Umschichtung des bestehenden →Fondsguthabens.
4. Benennen Sie innerhalb der gesetzten Frist keinen Investmentfonds, sind wir berechtigt, einen Wechsel vorzunehmen. Dabei wählen wir einen Investmentfonds, der nach Meinung des Verantwortlichen Aktuars ein vergleichbares Anlageprofil bietet. Einen entsprechenden Investmentfonds sowie den Fondswechselstichtag werden wir Ihnen bereits in der in Absatz 3 genannten Benachrichtigung benennen.
5. Kosten entstehen hierbei für Sie nicht.

Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrags

§ 14 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der laufenden →Versicherungsperiode (vergleiche § 10 Absatz 1) in →Textform kündigen. Die Kündigung wird zum Schluss der →Versicherungsperiode wirksam, in der wir Ihre Kündigung erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang des Kündigungsschreibens bei uns.
2. Mit Ihrer Kündigung erlischt die Versicherung. Ein →Rückkaufswert wird nicht fällig. Haben Sie gemäß § 7 Absatz 5 als →Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung, →Überschussverwendung Fondsguthaben oder →Überschussverwendung Teilweise Beitragsverrechnung vereinbart, zahlen wir davon unberührt das angesammelte Guthaben beziehungsweise das →Fondsguthaben aus. Die Kündigung ist mit dem Nachteil verbunden, dass kein Versicherungsschutz mehr besteht.
3. Ist die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufs unfähig, bleiben Ansprüche aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit zu werden. Die Beitragsfreistellung wird zum Schluss der →Versicherungsperiode wirksam, in der wir Ihren Antrag erhalten haben. Maßgebend ist der Eingang des Schreibens bei uns.

In diesem Fall setzen wir die versicherte BU-Rente auf eine beitragsfreie Rente herab. Sie wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik gemäß § 165 Absatz 2 VVG errechnet.

Ergibt sich eine →beitragsfreie BU-Rente von Null Euro, erlischt die Versicherung.

Sie haben die Möglichkeit zu beantragen, dass die Rentenhöhe bei Verkürzung der →Versicherungsdauer beibehalten wird.

5. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag entspricht nicht der Summe der gezahlten Beiträge. Er entspricht dem →Deckungskapital zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung. Dieses berechnen wir nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

Wir legen mindestens den Betrag des →Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Haben Sie eine →Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart, verteilen wir die Abschluss- und Vertriebskosten auf die →Beitragszahlungsdauer.

Von dem aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehenden Betrag nehmen wir einen →Abzug gemäß § 15 vor.

Weiterhin ziehen wir ausstehende Forderungen (zum Beispiel rückständige Beiträge, Kosten) von dem zur Verfügung stehenden Betrag ab.

6. **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (vergleiche § 16) nur ein geringer Betrag zur Bildung einer →beitragsfreien BU-Rente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge – gemessen an den gezahlten Beiträgen – keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer →beitragsfreien BU-Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur →beitragsfreien BU-Rente können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.**
7. Ist die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufs unfähig, bleiben Ansprüche aufgrund vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Befristung der Beitragsfreistellung

8. Sie können jederzeit in →Textform verlangen, zum Beginn der nächsten →Versicherungsperiode von der Pflicht zur Beitragszahlung für einen von Ihnen festgelegten Zeitraum befreit zu werden. Der von Ihnen festgelegte Zeitraum der Beitragsfreistellung darf nicht mehr als sechs Monate betragen. Ist der vereinbarte Zeitraum der Beitragsfreistellung abgelaufen, setzen wir die Beitragszahlung wieder in Kraft, ohne dass Sie dies beantragen müssen.
9. Die Beitragszahlung setzen wir nach Ende der von Ihnen gewählten Frist nicht wieder in Kraft, wenn
 - die →versicherte Person berufs unfähig im Sinne von § 2 oder § 5 ist,
 - Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart sind und die →versicherte Person arbeits unfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit ist oder
 - die verbleibende →Beitragszahlungsdauer weniger als ein Jahr beträgt.
10. Wird die Beitragszahlung nach Ablauf der von Ihnen gewählten Frist wieder in Kraft gesetzt, führen wir den Vertrag mit der BU-Rentenhöhe fort, die vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Falls der Beitrag höher sein sollte

als der Beitrag vor der Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag weiterführen, der vor der Beitragsfreistellung vereinbart war. In diesem Fall setzen wir die Höhe der BU-Rente entsprechend herab.

- Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen durch.

Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung (Wiederinkraftsetzung)

- Sie können die Beitragszahlung innerhalb von drei Jahren nach Beginn der Beitragsfreistellung wiederaufnehmen. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person noch nicht berufs unfähig im Sinne von § 2 oder sofern Leistungen bei Arbeits unfähigkeit vereinbart sind, arbeits unfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeits unfähigkeit ist. Die verbleibende →Beitragszahlungsdauer muss mindestens noch ein Jahr betragen.

- Innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung können Sie die Beitragszahlung jederzeit wiederaufnehmen. Nach den sechs Monaten können Sie den Vertrag nur nach positiver Risikoprüfung wieder in Kraft setzen.

Bei einer Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten verlängert sich eine vereinbarte →Wartezeit um die Dauer, in der die Versicherung außer Kraft gesetzt war. Bei einer Wiederinkraftsetzung nach sechs Monaten beginnt die vereinbarte →Wartezeit neu zu laufen.

- Wenn Sie die Beitragszahlung wiederaufnehmen, wird der Vertrag mit der BU-Rentenhöhe, wie sie vor der Beitragsfreistellung vereinbart war, fortgeführt. Wir berechnen Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Falls der Beitrag höher sein sollte, als der Beitrag vor Beitragsfreistellung, können Sie den Vertrag auch mit dem Beitrag wie er vor Beitragsfreistellung vereinbart war, weiterführen. In diesem Fall setzen wir die BU-Rente entsprechend herab.

- Die Wiederinkraftsetzung führen wir mit unveränderten Rechnungsgrundlagen durch.

Herabsetzung des Beitrags

- Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Es gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen. Der herabgesetzte Beitrag muss mindestens zehn Euro betragen.

- Im Falle einer Reduzierung der Beiträge verringert sich die versicherte Berufsunfähigkeits- oder Pfliegerente beziehungsweise die →Versicherungsdauer. Die herabgesetzte Rente beziehungsweise →Versicherungsdauer berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Für die Reduzierung erheben wir einen →Abzug gemäß § 15. Er wird anteilig berechnet.

- Eine Herabsetzung des Beitrags können Sie nur verlangen, wenn die nach Absatz 14 berechnete BU-Rente mindestens 600 Euro jährlich beträgt. Andernfalls können Sie nur die Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung verlangen.

Wiederanhebung nach Herabsetzung des Beitrags

- Innerhalb von drei Jahren nach Herabsetzung können Sie ihren Beitrag wieder bis zur Höhe des vor der Herabsetzung vereinbarten Beitrags anheben. Dies gilt nur dann, wenn die →versicherte Person noch nicht berufs unfähig im Sinne von § 2 und, sofern Leistungen bei Arbeits unfähigkeit vereinbart sind, arbeits unfähig im Sinne von § 2 der Besonderen Bedingungen für die Leistung bei Arbeits unfähigkeit ist. Die verbleibende →Beitragszahlungsdauer muss mindestens noch ein Jahr betragen.

- Innerhalb von sechs Monaten nach Herabsetzung können Sie den Beitrag jederzeit wieder anheben. Nach den sechs Monaten können Sie den Beitrag nur nach positiver Risikoprüfung wieder anheben.

- Wenn Sie die Wiederanhebung beantragen, führen wir den Vertrag mit dem Beitrag fort, der vor der Herabsetzung vereinbart war. Die BU-Rente nach Wiederanhebung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet. Falls die BU-Rente niedriger sein sollte, als die Rente vor Herabsetzung, können Sie den Vertrag auch mit der BU-Rente wie sie vor der Herabsetzung vereinbart war, weiterführen. In dem Fall berechnen wir Ihren Beitrag nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu.

- Die Wiederanhebung erfolgt mit unveränderten Rechnungsgrundlagen.

Rückzahlung der Beiträge

- Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 15 Welchen →Abzug erheben wir bei Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung?

- Bei Beitragsfreistellung vor dem vereinbarten Ablauf der Versicherung erheben wir einen →Abzug.

- Den →Abzug berechnen wir aus zwei Teilen:

- 40 Prozent des Betrags, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung nach § 14 zur Verfügung steht
- neun Prozent der versicherten garantierten jährlichen BU-Rente vor Beitragsfreistellung

Der →Abzug ist maximal so hoch wie der Betrag, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung nach § 14 zur Verfügung steht.

- Den Eurobetrag des →Abzugs können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

- Der →Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den →Abzug aus den folgenden Gründen für angemessen:

Mit dem →Abzug wird eine negative Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen:

- Veränderung der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus →Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, schaffen wir mithilfe des →Abzugs einen Ausgleich. Damit entsteht der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil.

- Veränderung der Ertragslage

Durch die Verrechnung eines Teils der Überschüsse mit den Beiträgen ergibt sich eine Vorleistung auf zukünftige Überschüsse. Diese wird durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt. Mithilfe des →Abzugs stellen wir bei Beitragsfreistellung hierfür einen Ausgleich her.

Die Darlegungs- und Beweislast für die Bemessungsgrundlage und die Angemessenheit des →Abzugs liegt bei uns. Wenn Sie uns nachweisen, dass der von uns vorgenommene →Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der →Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

Kosten für den Versicherungsschutz

§ 16 Wie werden die Kosten Ihres Vertrags verrechnet?

- Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören die Kosten für die Antragsprüfung und die Provisions- oder Courtagezahlungen an den Vermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten zum Beispiel die Kosten für die Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Bei den übrigen Kosten handelt es sich um Verwaltungskosten. Hierzu gehören beispielsweise Kosten für die laufende Vertragsverwaltung, für Korrespondenzen oder die Betreuung Ihres Vertrags.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Ver-

sicherungsprodukten unter „Prämie; Kosten“ entnehmen. Das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten haben Sie mit den vorvertraglichen Informationen erhalten.

Abschluss- und Vertriebskosten

2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet: Wir ziehen die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heran. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen →Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Bei Kündigung des Versicherungsvertrags steht mindestens der Betrag des →Deckungskapitals zur Verfügung, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Jahre ergibt.

Bei →Beitragszahlungsdauern unter fünf Jahren werden die Abschluss- und Vertriebskosten auf die tatsächliche →Beitragszahlungsdauer verteilt.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der Beiträge beschränkt, die von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlen sind.

Übrige Kosten (Verwaltungskosten)

- 3. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.
- 4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beiträge zur Bildung der →beitragsfreien BU-Rente vorhanden sind (siehe § 14 Absatz 5 und 6). Nähere Informationen zur →beitragsfreien BU-Rente finden Sie in der Tabelle im →Versicherungsschein.

§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die entstehenden Kosten gesondert in Rechnung stellen. Dies erfolgt entweder als pauschaler Abgeltungsbetrag oder in Höhe der tatsächlich entstehenden Kosten.

Dies gilt bei:

- Rückläufeln im Lastschriftverfahren
- Interne Teilung aufgrund Versorgungsausgleich
- Ausstellen einer Ersatzurkunde beziehungsweise Ausstellen eines neuen →Versicherungsscheines
- Abschriften der Erklärungen, die Sie mit Bezug auf Ihren Vertrag abgegeben haben
- Änderung des →Versicherungsnehmers
- Abtretungen und Verpfändungen
- Auszahlungen aus dem →Fondsguthaben und Teilkündigung
- Beitragsänderung, Beitragspausen (Stundung), Wiederinkraftsetzung
- Übertragung der Investmentfonds auf ein Depot
- Umwandlung zur Erlangung eines Pfändungsschutzes
- Durchführung von sonstigen Vertragsänderungen wie zum Beispiel Schließung von Beitragslücken, Änderung der Laufzeit
- Postvollmacht.

2. Wir haben uns bei der Bemessung des pauschalen Abgeltungsbetrags an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Wenn Sie uns nachweisen, dass der pauschale Abgeltungsbetrag der Höhe nach wesentlich niedriger anzusetzen ist, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt der Betrag.

Ihre Pflichten, unsere Rechte und Pflichten

§ 18 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

Das gilt insbesondere auch für Fragen bezüglich der →versicherten Person nach

- gegenwärtigen und früheren Erkrankungen
- gesundheitlichen Störungen und Beschwerden
- Rauchverhalten
- der abgeschlossenen Ausbildung
- der beruflichen Tätigkeit einschließlich deren Ausgestaltung
- bestehenden, beendeten oder beantragten Versicherungsverträgen
- Freizeitverhalten
- der Familiensituation.

2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

3. Wird der Vertrag von einem Vertreter des →Versicherungsnehmers geschlossen, sind bei einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung und deren Folgen sowohl die Kenntnis und die Arglist des Vertreters als auch die des →Versicherungsnehmers zu berücksichtigen. Der →Versicherungsnehmer kann sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder dem Vertreter noch dem →Versicherungsnehmer Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Rechtsfolgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung

- 4. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
 - vom Vertrag zurücktreten können
 - den Vertrag kündigen können
 - den Vertrag ändern können
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

5. Wenn die Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Dies müssen Sie uns nachweisen.

6. Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, leisten wir jedoch unter folgender Voraussetzung trotzdem: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles

- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich

war. Dies müssen Sie uns nachweisen.

Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

7. Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung, ohne dass ein →Rückkaufwert fällig wird.

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

8. Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist. In diesem Fall können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
9. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, sofern wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten, wenn auch zu anderen Bedingungen. Dies müssen Sie uns nachweisen. Wir verzichten auf unser Kündigungsrecht, sofern die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.
10. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag nach Maßgabe des § 14 Absatz 4 bis 6 um.

Vertragsanpassung

11. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil.

Die Vertragsanpassung erfolgt in Form einer Beitragserhöhung und/oder Ausschlussklausel. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht schuldhaft verletzt, erfolgt die Anpassung des Vertrags rückwirkend. Haben Sie beziehungsweise die →versicherte Person die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

12. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als zehn Prozent erhöhen
- wir den Versicherungsschutz für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

13. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Dies muss durch gesonderte Mitteilung in →Textform erfolgen.
14. Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
15. 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 von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.
16. Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch noch innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss geltend machen. Haben Sie oder die →versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist nach Satz 1 zehn Jahre.

Anfechtung

17. Wir können den Vertrag auch anfechten. Voraussetzung ist, dass unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der →versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären. Dies gilt auch, wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend. Die Frist für die Anfechtung beträgt ein Jahr. Sie beginnt mit dem Zeitpunkt, in welchem wir von dem Anfechtungsgrund Kenntnis erlangt haben. Die Anfechtung können wir nur innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss ausüben.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

18. Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags für den geänderten oder wiederhergestellten Teil neu.

Erklärungsempfänger

19. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.
20. Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 19 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung verlangen (Obliegenheiten)?

1. Sie können eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung jederzeit beantragen. Es gibt keine Frist, bis zu der Sie den Eintritt der Berufsunfähigkeit melden müssen.
2. Ohne Ihre Mitwirkung und die der →versicherten Person können wir nicht prüfen, ob ein Leistungsanspruch besteht. Den Umfang der Pflichten (Obliegenheiten) haben wir im Folgenden geregelt. Sofern die →versicherte Person nicht zugleich auch →Versicherungsnehmer ist, gelten die Obliegenheiten auch für die →versicherte Person. Die Folgen einer Verletzung der Obliegenheiten haben wir unter § 22 aufgeführt.

Neben der Feststellung des Versicherungsfalls können wir auch prüfen, ob der Vertrag wirksam abgeschlossen worden ist (siehe auch § 18). Auch insoweit sind Sie verpflichtet mitzuwirken.

Wir unterstützen Sie dabei, die erforderlichen Nachweise zu beschaffen, indem wir Ihnen nach der Anmeldung eines Versicherungsfalls eine Liste der einzureichenden Unterlagen und entsprechende Formulare und Vordrucke zur Verfügung stellen.

Wenn Sie eine Leistung anmelden, müssen Sie uns auf Verlangen folgende Auskünfte erteilen und Unterlagen einreichen, beziehungsweise bei deren Beschaffung mitwirken.

- a) Eine Schilderung in →Textform, aufgrund welcher Ursachen die berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder eingeschränkt ist.

Anstelle von Ihnen kann diese Schilderung auch ein Dritter abgeben, der zur Auskunftserteilung in der Lage ist (zum Beispiel die vom →Versicherungsnehmer abweichende →versicherte Person, Versicherungsberater, Rechtsanwalt, Versicherungsmakler oder -vermittler sowie Angehörige).

Dazu müssen Sie jede einzelne Ursache angeben und, soweit bekannt, vorliegende Diagnosen dazu, aufgrund derer die berufliche Tätigkeit nicht mehr ausgeübt werden kann oder eingeschränkt ist. Die anzugebenden Ursachen können sich auch auf mehrere Krankheitsbilder oder Verletzungen beziehen.

Über einzelne Ursachen und Diagnosen können Ihnen auch Auskunft geben:

- Ärzte,
- Krankenhäuser oder
- sonstige Personen,

sofern die →versicherte Person dort in medizinischer Behandlung war.

Ferner müssen Sie uns angeben:

- Den Zeitpunkt, an dem erstmals eine gesundheitliche Beeinträchtigung aufgetreten ist, die die weitere Ausübung der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person verhindert oder eingeschränkt hat.
- Den Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen, von den ersten Anzeichen bis heute.

Darüber hinaus müssen Sie uns schildern, wie sich die gesundheitlichen Beeinträchtigungen auf die berufliche Tätigkeit der →versicherten Person auswirken (zum Beispiel reduzierte Arbeitszeit bis hin zur Aufgabe der Tätigkeit, Einschränkung körperlicher Tätigkeiten, Einschränkung von Büro-tätigkeiten).

- b) Arztbriefe und ärztliche Berichte derjenigen Ärzte in →Textform, die die →versicherte Person wegen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen behandelt haben oder aktuell behandeln. Die Arztbriefe und ärztlichen Berichte werden nur ab dem in a) genannten Zeitpunkt benötigt.

Die betreffenden Berichte sollen folgende Informationen enthalten:

- Ursache der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Nennung jeder einzelnen Ursache, jedes Ereignisses wie zum Beispiel ein Unfallhergang) beziehungsweise jeder Folge eines Ereignisses
- Beginn der Beschwerden sowie der ärztlichen Behandlung (Nennung des Zeitpunktes, an dem sich die →versicherte Person erstmals wegen einer gesundheitlichen Beeinträchtigung aufgrund der zuvor genannten Ursachen behandeln ließ)
- Diagnosen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen
- Durchgeführte ärztliche Behandlungen
- Verlauf der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Beschreibung von den ersten Anzeichen einer Beeinträchtigung oder dem Ereignis, welches zu der Beeinträchtigung geführt hat, bis hin zu dem Zeitpunkt, ab dem die →versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nicht mehr ausüben konnte oder in der Ausübung eingeschränkt gewesen ist).

- voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigungen (Prognose)

- c) Eine Beschreibung des beruflichen Tätigkeitsbildes. Diese soll enthalten:

- Die Bezeichnung des Berufs der →versicherten Person, der zuletzt in gesunden Tagen ausgeübt wurde.

- Stellung im Betrieb und den Umfang von Personalverantwortung

- Eine detaillierte Schilderung der beruflichen Tätigkeit der →versicherten Person vor Auftreten der gesundheitlichen Beeinträchtigungen in Form eines tabellarischen Stundenplans für jeden Arbeitstag in einer typischen durchschnittlichen Arbeitswoche. Dafür benötigen wir folgende Angaben:

- Art der Ausführung der Einzelverrichtungen (zum Beispiel Körperbelastung durch Heben von schweren Lasten; stehendes Arbeiten; extreme Hitzebelastung). Hierzu gehört zudem die Angabe des Anteils an kaufmännischer Tätigkeit (zum Beispiel Arbeiten am Schreibtisch), reisender Tätigkeit (zum Beispiel Fahrten im Außendienst), körperlicher Tätigkeit (zum Beispiel handwerkliche Tätigkeiten), künstlerischer Tätigkeit (zum Beispiel kreatives Arbeiten)

- Folgende Angaben zu den Arbeitszeiten:
 - Gesamtarbeitszeit pro Arbeitstag, Arbeitswoche, Arbeitsmonat
 - Beginn und Ende eines Arbeitstages
 - Schichttätigkeit
 - Arbeitspausen.

Bei selbstständigen Personen sind zusätzlich anzugeben:

- Anzahl der beschäftigten Arbeitnehmer
- Anzahl der Arbeitnehmer mit Prokura oder Handlungsvollmacht

- Anzahl, Größe und Ausstattung der Betriebsstätte(n) und Filiale(n)

- Eine Darstellung, ob und gegebenenfalls inwieweit durch betriebliche Veränderungen die bestehenden Leistungseinschränkungen der →versicherten Person ausgeglichen werden können.

Wir unterstützen Sie auf Wunsch bei der Beschreibung des beruflichen Tätigkeitsbildes (vergleiche § 1 Absatz 13).

- d) Nachweise über die Höhe des Erwerbseinkommens vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zur Dokumentation der sozialen Stellung der →versicherten Person. Dies sind regelmäßig die Einkommensnachweise oder Einkommensteuerbescheide für längstens drei Jahre vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen. Bei selbstständigen Personen sind die Jahresabschlüsse für längstens drei Wirtschaftsjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid vorzulegen. Bei freiberuflich tätigen Personen und sonstigen nicht bilanzierungspflichtigen Selbstständigen sind die Einnahme-Überschuss-Rechnungen für längstens drei Kalenderjahre vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigungen und der letzte vorliegende Einkommensteuerbescheid einzureichen.

- e) Sofern Sie Leistungsansprüche wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen:

- Nachweis über Art und Umfang der erforderlichen Hilfe durch eine andere Person für die folgenden Verrichtungen:

- Fortbewegung im Zimmer
- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Einnehmen von Mahlzeiten
- Waschen, Kämmen, Rasieren
- Verrichten der Notdurft

- Nachweis über die Notwendigkeit einer Beaufsichtigung aufgrund seelischer Erkrankung oder geistiger Behinderung

- Nachweis über das Bestehen einer dauernden Bettlägerigkeit

- Bei Vorliegen einer Demenz, ärztlicher Nachweis über den Schweregrad der kognitiven Leistungseinbußen gemäß der Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg

Der Nachweis kann durch eine Bescheinigung von der Person oder Einrichtung geführt werden, die mit der Pflege beauftragt ist.

- f) Eine Aufstellung

- aller Ärzte, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die →versicherte Person seit Beginn der gesundheitlichen Beeinträchtigung ab dem unter a) genannten Zeitpunkt in Behandlung war, ist oder – sofern durch bereits fest vereinbarte Termine bekannt – künftig sein wird. Hierfür genügt eine einfache tabellarische Aufstellung mit namentlicher Nennung, Anschrift und Kontaktdaten.

- der Versicherungsgesellschaften bei denen die →versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte.

- g) Wir übernehmen die Kosten für die Beschaffung der erforderlichen Nachweise.

- h) Neben den unter § 19 geregelten Auskunftspflichten in Zusammenhang mit der Prüfung eines Leistungsanspruchs kann eine weitergehende Auskunftspflicht nach § 25 bestehen.

3. Wir können zusätzlich auf unsere Kosten maximal eine ärztliche Untersuchung je medizinischer Fachrichtung durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, um festzustellen, welche Leistungseinschränkungen vorliegen. Dies gilt nur, wenn nach Prüfung der uns bis dahin vorliegenden medizinischen Unterlagen eine Entscheidung über den Leistungsantrag nicht möglich ist. In diesem Fall ist die →versicherte Person verpflichtet uns zu ermächtigen, die vorliegenden Informationen über den Vertragsinhalt, den Beruf und die Gesundheitsdaten an den zu beauftragenden Arzt zu

übermitteln. Ferner ist der Arzt auch uns gegenüber schriftlich von seiner ärztlichen Schweigepflicht zu entbinden.

Wenn von uns eine ärztliche Untersuchung verlangt wird, gilt Folgendes:

- Alle nachgewiesenen angemessenen Kosten, die der →versicherten Person im Zusammenhang mit der Untersuchung entstehen, werden von uns erstattet. Dies sind insbesondere angemessene Reise- und Unterbringungskosten sowie Pflegeaufwand.
- Wenn sich die →versicherte Person im Ausland aufhält, erfolgt die Untersuchung nach Möglichkeit im jeweiligen Aufenthaltsland. Voraussetzung dafür ist, dass ein englisch- oder deutschsprachiger für die Erkrankung zuständiger geeigneter Facharzt mit Gutachtenerfahrung gefunden wird. Wird kein geeigneter Arzt im Aufenthaltsland gefunden, können wir eine Begutachtung in Deutschland verlangen.

4. Das Befolgen von ärztlichen Anordnungen (insbesondere operative Eingriffe) ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung von Leistungen. Somit verzichten wir auf die sogenannte Arztnordnungsklausel. Hiervon ausgenommen ist der Einsatz von einfachen Hilfsmitteln des täglichen Lebens. Darunter fallen zum Beispiel das Tragen einer Brille, einer Hörhilfe oder orthopädischer Einlagen. Weiterhin ausgenommen sind einfache und gefahrlose ärztlich verordnete Heilbehandlungen, die mit keinen besonderen Schmerzen verbunden sind. Voraussetzung für diese Ausnahmen ist, dass dadurch eine wesentliche Verbesserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen zu erwarten ist.

5. Eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nach § 3 können Sie innerhalb von sechs Monaten nach der ersten Diagnose beantragen.

Ihrem Antrag müssen Sie einen Bericht eines für das Krankheitsbild zuständigen Facharztes beifügen.

Der Bericht muss Folgendes enthalten:

- den Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- eine genaue Beschreibung der Erkrankung und
- im Falle einer Krebserkrankung den Behandlungsplan sowie die Tumorklassifikation und
- im Falle eines Herzinfarkts oder eines Sprach-/Seh-/Hör-Verlusts den Befund der Verlaufskontrolle im Abstand von mindestens 14 Tagen nach der Erstdiagnose.

§ 20 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

1. Wir prüfen das Vorliegen einer bedingungsgemäßen Berufsunfähigkeit sowie gegebenenfalls das Vorliegen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung. Die Prüfung erfolgt anhand der von Ihnen eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen. Nach dieser Prüfung erklären wir in →Textform, ob, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt wir eine Leistung anerkennen.
2. Wir informieren Sie über unsere Entscheidung zur Leistungspflicht oder erforderliche weitere Prüfungsschritte beziehungsweise noch fehlende Unterlagen. Unsere Information erfolgt innerhalb von einer Woche, nachdem wir die Unterlagen gemäß § 19 erhalten haben. Über einen Anspruch auf eine schnelle Leistung bei schwerer Krankheit nach § 3 entscheiden wir innerhalb von fünf Arbeitstagen nach Erhalt der erforderlichen Nachweise.

Fordern wir bei Dritten (Ärzten, Behörden, Versicherungsträgern und so weiter) Auskünfte oder Unterlagen an, informieren wir Sie unter Hinweis auf Ihre Mitwirkungspflichten. Haben wir die Unterlagen nach vier Wochen noch nicht erhalten, werden wir an die Übermittlung erinnern. Gleichzeitig informieren wir Sie über die noch ausstehenden Unterlagen. Werden diese Fristen überschritten, ersetzen wir einen nachgewiesenen Schaden.

3. Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

4. Im Einzelfall kann ein Anerkenntnis einmalig zeitlich begrenzt werden – auf maximal zwölf Monate. Das Anerkenntnis ist bis zum Ablauf der Frist für uns bindend. Verweisung und Nachprüfung sind für die Zeit der Befristung ausgeschlossen.

Das zeitlich befristete Anerkenntnis werden wir begründen. Folgende Punkte können Gründe für eine Befristung darstellen:

- Wir konnten die Berufsunfähigkeit zum Beispiel aufgrund fehlender Untersuchungen oder Gutachten noch nicht abschließend feststellen.
- Wir gehen davon aus, dass die Berufsunfähigkeit nur vorübergehend bestehen wird, da beispielsweise ein Ausheilen der Unfallfolgen oder eine Umorganisation des Betriebes absehbar sind.

Nach Ablauf der Befristung werden wir prüfen, ob ein weiterer Leistungsanspruch gegeben ist. Sie müssen keinen erneuten Leistungsanspruch geltend machen. Wir übernehmen die Kosten für die Prüfung der Fortdauer des Leistungsanspruchs.

Kostenübernahme für Rechtsberatung nach einer Leistungsablehnung

5. Haben Sie eine Leistung aus der Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt und haben wir den Leistungsanspruch abgelehnt, können Sie diese Entscheidung auf unsere Kosten rechtlich überprüfen lassen. Die Kostenerstattung kann für die →versicherte Person nur einmal für die gesamte →Versicherungsdauer in Anspruch genommen werden, auch wenn mehrere Versicherungsverträge bestehen. Sie ist auf 500 Euro begrenzt. Wir übernehmen die nachgewiesenen Kosten für folgende Stellen:

- zugelassene Versicherungsberater
- die Landesverbraucherzentralen
- zugelassene Rechtsanwälte.

6. Haben wir den Vertrag wegen arglistiger Täuschung angefochten, besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung. Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Anzeigepflicht nicht arglistig verletzt wurde.

7. Die Rechtsberatung müssen Sie innerhalb von drei Monaten, nachdem Sie unseren Bescheid bezüglich der Ablehnung der Leistung erhalten haben, in Anspruch nehmen.

§ 21 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

1. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben, sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Anspruchs nachzuprüfen. Das gilt auch, wenn unsere Leistungspflicht gerichtlich festgestellt worden ist. Wir können auch prüfen, ob die →versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 ausübt. Neu erworbene berufliche Ausbildungen und Fähigkeiten werden berücksichtigt.
2. Zur Nachprüfung können wir jederzeit Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der →versicherten Person verlangen. Die Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Die Kosten werden von uns übernommen. Die Bestimmungen des § 19 gelten entsprechend.

Leistungsfreiheit

3. Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind. Diese Veränderung legen wir in →Textform dar. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie die Beiträge wieder zahlen.

§ 22 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten, wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangen?

Wir leisten nicht, solange Sie oder die →versicherte Person eine Mitwirkungspflicht nach § 19 oder § 21 vorsätzlich nicht erfüllen. Wir sind bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Das erfolgt in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Erfüllen Sie die Mitwirkungspflicht später, leisten wir ab Beginn des Monats, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird.

Wir sind nur vollständig oder teilweise leistungsfrei, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in →Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

§ 23 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Das heißt ohne schuldhaftes Zögern. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung auf Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Eine an Sie zu richtende Erklärung ist beispielsweise das Setzen einer Zahlungsfrist.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.
3. Wenn Sie sich für längere Zeit im Ausland aufhalten, sollten Sie uns eine im Inland ansässige Person benennen. Dies ist auch in Ihrem Interesse. Die benannte Person müssen Sie bevollmächtigen, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen. Diese Person fungiert dann als Ihr Zustellungsbevollmächtigter.

§ 24 Was gilt, wenn die →versicherte Person ihren Wohnsitz und/oder Arbeitsplatz ins Ausland verlegt?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit. Verlegt die →versicherte Person den Wohnsitz nach Vertragsabschluss ins Ausland, hat dies keinen Einfluss auf den Versicherungsschutz. Dies gilt auch für die Verlegung des Arbeitsplatzes.

§ 25 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

1. Wir können aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sein. In diesem Fall müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen unverzüglich zur Verfügung stellen. Unverzüglich heißt: ohne schuldhaftes Zögern.

Dies gilt bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf unsere Nachfrage. Wenn dritte Personen Rechte an Ihrem Vertrag haben und deren Status für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist, müssen Sie ebenfalls mitwirken.

2. Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die maßgebend sein können zur Beurteilung von:
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

3. Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Das gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
4. Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

Leistungsempfänger

§ 26 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Unsere Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir unwiderruflich an die →versicherte Person.

Bei Direktversicherungen und Rückdeckungsversicherungen gilt die im Versicherungsantrag getroffene spezielle Verfügung.

Bezugsberechtigung

2. Sie können uns weder widerruflich noch unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll.

Bei Direktversicherungen und Rückdeckungsversicherungen gilt die im Versicherungsantrag getroffene spezielle Verfügung.

Abtretung und Verpfändung

3. Ansprüche auf die BU-Rente können nicht abgetreten oder verpfändet werden. Soweit eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen auf Leistungen, die keine BU-Rentenleistungen sind, rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

4. Die Abtretung und Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn der bisherige Berechtigte uns diese in →Textform angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser →Versicherungsnehmer. Sind Sie als →Versicherungsnehmer nicht zugleich die →versicherte Person, ist der Berechtigte im Regelfall die →versicherte Person. Es können aber auch andere Personen sein, sofern bereits zuvor Ansprüche abgetreten oder verpfändet wurden.

Auszahlung der Versicherungsleistung

5. Die Auszahlung von Geldleistungen erfolgt ausschließlich per Überweisung.
6. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die Kosten und die damit verbundene Gefahr.
7. Bei Leistungen in Fondsanteilen hat uns die empfangsberechtigte Person ein Wertpapierdepot mitzuteilen, auf das wir die Anteile übertragen können. Für Kosten und Gefahrtragung gilt Absatz 6 entsprechend.

Sonstiges

§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet deutsches Recht Anwendung.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
2. Klagen aus dem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt auch, wenn Sie den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland verlegen. Ebenso gilt dies, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

§ 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

1. Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

2. Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
Tel.: 0800 3696000
Fax: 0800 3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

3. Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (zum Beispiel über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie 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 Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Fragen hierzu können auch per E-Mail an uns gestellt werden: info@lv1871.de.

Versicherungsaufsicht

4. Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Unser Beschwerdemanagement

5. Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

Tel.: 089/55167-1150
E-Mail: beschwerde@lv1871.de

Rechtsweg

6. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

§ 30 Welche der vorstehenden Bestimmungen können geändert werden?

Bedingungsanpassung

1. Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt zum Beispiel der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) oder der Kartellbehörden für unwirksam erklärt worden, können wir diese nach § 164 VVG durch eine neue Regelung ersetzen. Voraussetzung ist, dass dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist, oder dass 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 Ihre Belange angemessen berücksichtigt. Ein Ersatz durch eine neue Regelung ist auch mit Wirkung für bestehende Verträge möglich.

2. Die neue Regelung nach Absatz 1 wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

Beitrags- und Leistungsänderung

3. Wir sind nach § 163 VVG berechtigt, den vereinbarten Beitrag neu festzusetzen, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat
- der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllung der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der vorhergehenden Punkte überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen

- als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

4. Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen von Absatz 3 berechtigt, die Versicherungsleistung herabzusetzen.
5. Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats nach unserer Mitteilung wirksam. Wir teilen Ihnen damit die Neufestsetzung oder Herabsetzung und die hierfür maßgeblichen Gründe mit.

Besondere Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten die AVB.

Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir nur, wenn diese vereinbart wurden. Dies ist in Ihrem →Versicherungsschein dokumentiert. Wird die Arbeitsunfähigkeit in Ihrem →Versicherungsschein nicht erwähnt, haben Sie keine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Arbeitsunfähigkeit?

Leistungsumfang

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer arbeitsunfähig im Sinne von § 2, erbringen wir die Leistungen gemäß Absatz 2 und 3.

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei sechswöchiger Arbeitsunfähigkeit

2. Sofern Sie uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 einreichen, aus denen hervorgeht, dass die →versicherte Person seit sechs Wochen arbeitsunfähig ist, befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

Endet die Arbeitsunfähigkeit und tritt innerhalb von sechs Monaten erneut Arbeitsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, gilt Folgendes:

Bei der Ermittlung der Dauer der Arbeitsunfähigkeit werden bereits zurückgelegte Zeiten der Arbeitsunfähigkeit berücksichtigt.

Rentenzahlung und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei sechsmonatiger Arbeitsunfähigkeit

3. Sofern Sie uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 bis 3 einreichen aus denen hervorgeht, dass

- a) die →versicherte Person seit sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist oder
- b) die →versicherte Person seit sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist und eine fachärztliche Bescheinigung gemäß § 5 Absatz 3 eingereicht wird, nach der die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit mindestens sechs Monate betragen wird,

befreien wir Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen und erbringen die vereinbarte Rente.

Wie lange wir die Leistung erbringen, ist in den Absätzen 7 bis 11 geregelt.

4. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, gilt für den Anspruch auf die Rente Folgendes:

Die →versicherte Person muss während der →Karenzzeit ununterbrochen berufsunfähig oder arbeitsunfähig gewesen sein und dies bei deren Ablauf weiterhin sein. Nur für die Zeit nach dem Ablauftermin erbringen wir die vereinbarte Rente.

Wann Arbeitsunfähigkeit vorliegt, ist in § 2 festgelegt. Wann Berufsunfähigkeit vorliegt, ist in § 2 der AVB festgelegt.

Endet die Arbeitsunfähigkeit beziehungsweise Berufsunfähigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten erneut Arbeitsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte →Karenzzeiten berücksichtigt.

5. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe gemäß § 1 Absatz 14 der AVB besteht nicht, wenn wir allein wegen Arbeitsunfähigkeit Leistungen erbracht haben.

6. Soweit in Ihrem →Versicherungsschein geregelt ist, dass bestimmte Ursachen und Umstände bei der Ermittlung der Berufsunfähigkeit nicht berücksichtigt werden (Ausschlussklausel), so gilt dies auch bei Arbeitsunfähigkeit.

→Leistungsdauer

7. Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen wir, solange die folgenden Punkte erfüllt sind:

- Die →versicherte Person ist ununterbrochen arbeitsunfähig gemäß § 2.
- Die →Leistungsdauer der BU-Versicherung ist nicht abgelaufen.
- Die maximale →Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 10 ist nicht abgelaufen.
- Die →versicherte Person lebt.

Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit enden mit Ablauf des Monats, in dem einer der vorgenannten Punkte weggefallen ist.

Die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit entfallen auch dann, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit erbracht werden. Werden die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit rückwirkend erbracht, entfallen die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit ebenfalls rückwirkend.

8. Nicht als Unterbrechung gelten:

- Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweisen Wiedereingliederung.
- Arbeitsversuche im Rahmen einer Umschulung. Die Umschulung muss durch den zuständigen Sozialversicherungsträger als Maßnahme zur Teilhabe am Arbeitsleben bewilligt worden sein.

9. Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 2 oder 3 ist bei Vorliegen der Voraussetzungen zeitlich nicht begrenzt.

10. Die vereinbarte Rente bei Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 3 erbringen wir für maximal 24 Monate. Vor Ablauf der 24 Monate weisen wir Sie rechtzeitig darauf hin, wann die Leistung bei Arbeitsunfähigkeit endet. Stellen Sie spätestens drei Monate vor Ablauf der →Leistungsdauer einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, verlängert sich die →Leistungsdauer bis zur

Entscheidung über unsere Leistungspflicht, maximal jedoch auf insgesamt 36 Monate.

Wenn die →versicherte Person mehrfach arbeitsunfähig ist, gilt die maximale →Leistungsdauer für alle Arbeitsunfähigkeiten zusammen.

11. Haben Sie eine →Karenzzeit vereinbart, verkürzt sich die maximale →Leistungsdauer für die Rente um diejenigen Monate der →Karenzzeit, in denen Arbeitsunfähigkeit, jedoch keine Berufsunfähigkeit vorlag.

§ 2 Was ist Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn für die →versicherte Person Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 bis 3 ausgestellt wurden.

2. Arbeitsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn von anderer Seite ein Nachprüfungsverfahren die Arbeitsunfähigkeit nicht bestätigt hat. Dies kann in Form einer amts- beziehungsweise schularztlichen Bescheinigung oder eines Gutachtens der Krankenversicherung erfolgen.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Arbeitsunfähigkeit gekommen ist.

2. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch folgende von der →versicherten Person vorgenommene Handlungen

- vorsätzliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall
- vorsätzliche Selbstverletzung

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die →versicherte Person diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

b) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als →Versicherungsnehmer vorsätzlich die Arbeitsunfähigkeit der →versicherten Person herbeigeführt haben.

c) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen schädigen. Dabei muss zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig geworden sein.

d) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Wir werden jedoch leisten, wenn die →versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen arbeitsunfähig wird, denen sie außerhalb Deutschlands ausgesetzt war. Dies gilt nur, wenn die →versicherte Person an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.

e) unmittelbar oder mittelbar durch

- den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen
- den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen

Durch diesen Einsatz oder die Freisetzung muss die Gesundheit einer Vielzahl von Personen geschädigt werden. Dabei muss der Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

§ 4 Wann entsteht der Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit?

1. Sie können Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit frühestens beantragen, wenn die →versicherte Person seit sechs Wochen ununterbrochen arbeitsunfähig ist.

2. Stellen Sie einen Antrag, befreien wir Sie ab Beginn des darauffolgenden Monats von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Voraussetzung ist, dass Sie mit dem Antrag Bescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Wochen einreichen. Endet die Arbeitsunfähigkeit vor Ablauf von sechs Monaten, müssen Sie zum folgenden Monatsende die Beiträge wieder zahlen.

3. Reichen Sie Bescheinigungen gemäß § 5 für einen zusammenhängenden Zeitraum von mindestens sechs Monaten ein, gilt Folgendes:

- Wir zahlen die vereinbarte Rente.
- Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen.

Der sechsmonatige Zeitraum muss dabei nicht komplett in der Vergangenheit liegen. Eine fachärztliche Prognose (vergleiche § 1 Absatz 3b)) ist ausreichend.

Der Anspruch auf Leistung besteht rückwirkend ab dem Monatsersten nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit.

4. Stellen Sie den Antrag spätestens drei Monate nach Beginn der Arbeitsunfähigkeit, gilt Folgendes:

- Wir befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen gemäß Absatz 2 rückwirkend zum Ablauf des Monats, in dem die sechste Woche der Arbeitsunfähigkeit endet.
- Wir sichern eine rückwirkende Auszahlung der Leistungen gemäß Absatz 3 innerhalb von einer Woche zu, nachdem alle erforderlichen Bescheinigungen für den gesamten Zeitraum von sechs Monaten bei uns eingegangen sind.

5. Die Regelungen zu zeitlich befristeten Anerkennnissen gemäß § 20 Absatz 4 der AVB gelten nicht für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

§ 5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verlangen (Obliegenheiten)?

1. Wird eine Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit beansprucht, sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsprechend der in Deutschland gültigen gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen. Diese benötigen wir, wenn für die →versicherte Person eines der folgenden Kriterien gilt:

- Es besteht ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung.
- Es besteht ein Anspruch auf Krankengeld.
- Es besteht eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit.

- b) Entsprechende privatärztliche Atteste, falls für die →versicherte Person keines der Kriterien aus Absatz 1 a) gilt. Hierunter fallen zum Beispiel Selbstständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder nicht erwerbstätige Personen. Zu den entsprechenden privatärztlichen Attesten zählen zum Beispiel:

- Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld
- Dienstunfähigkeitsbescheinigungen
- Bescheinigungen zur Beurlaubung vom Unterricht aus gesundheitlichen Gründen

- c) Soweit vorliegend, arbeits- beziehungsweise schulärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten der Krankenversicherung.

Kosten, die hierdurch entstehen, muss der Anspruchserhebende tragen.

2. Die Bescheinigungen müssen von einem zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein. Praktiziert der Arzt nicht in dem Land, in dem die →versicherte Person ihren Wohnsitz oder ihren Arbeitsplatz hat, behalten wir uns vor, eine Bescheinigung durch einen unabhängigen, dort praktizierenden Arzt zu verlangen.

3. Mindestens eine der Bescheinigungen muss von einem für die Erkrankung zuständigen Facharzt ausgestellt worden sein. Sie muss Angaben zu Beginn und voraussichtlicher Dauer der Ar-

beitsunfähigkeit sowie zu der beziehungsweise den zugrundeliegenden Diagnosen enthalten. Diese müssen den Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen entsprechen, die aktuell in Deutschland gültig sind (Diagnoseschlüssel der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD).

4. Wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragen.

§ 6 Was gilt für die Nachprüfung der Arbeitsunfähigkeit?

1. Solange wir Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob die Leistungsvoraussetzungen noch vorliegen. Dazu können wir verlangen, dass uns Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen gemäß § 5 Absatz 1 und 2 eingereicht werden.

2. Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt. Dies gilt, wenn Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit beziehen oder einen Antrag hierauf gestellt haben.

Besondere Bedingungen bei Einschluss des Pflegepakets

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes geregelt ist, gelten die AVB.

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen dieser Besonderen Bedingungen erbringen wir nur, wenn diese vereinbart wurden. Dies ist in Ihrem →Versicherungsschein dokumentiert. Wird das Pflegepaket in Ihrem →Versicherungsschein nicht erwähnt, haben Sie keine Leistungen bei Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegepakets vereinbart.

§ 1 Was ist im Rahmen des Pflegepakets versichert?

Das Pflegepaket besteht aus drei Komponenten:

- Pflegebasisschutz (§ 2)
- Pflege-Plus-Option (§ 3)
- Pflegebeitragsbefreiung (§ 4)

§ 2 Was gilt für den Pflegebasisschutz?

1. Wird die →versicherte Person während der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB, zahlen wir die vereinbarte Pflegerente. Diese Leistung wird zusätzlich zu einer nach § 1 der AVB fälligen BU-Rente erbracht.

2. Haben Sie eine →Karenzzeit für die BU-Versicherung vereinbart, entfällt diese, soweit Leistungen des Pflegebasisschutzes betroffen sind.

3. Haben Sie eine garantierte Rentenerhöhung im Leistungsfall für die BU-Versicherung vereinbart, gilt diese auch für die Rentenleistung aus dem Pflegebasisschutz.

4. Der Anspruch auf die Pflegerente erlischt, wenn

- Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB vor Ablauf der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung nicht mehr vorliegt
- die →versicherte Person stirbt

§ 3 Was gilt für die Pflege-Plus-Option?

Voraussetzungen

1. Sie haben das Recht, für die →versicherte Person der BU-Versicherung einmalig eine Anschluss-Pflegerentenversicherung zu vereinbaren (Pflege-Plus-Option). Eine erneute Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich.

Ausüben können Sie das Recht auf die Pflege-Plus-Option:

- frühestens zehn Jahre nach Versicherungsbeginn
- spätestens zum Ende der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung
- wenn Sie keine Leistungen im Rahmen des Pflegebasisschutzes beziehen

Ausübung der Pflege-Plus-Option

2. Üben Sie die Pflege-Plus-Option aus, erhalten Sie eine selbstständige Anschluss-Pflegerentenversicherung bei der Lebensversicherung von 1871 a. G. München. Diese Versicherung beginnt an einem Monatsersten, spätestens drei Monate nach Ihrer Mitteilung zur Ausübung der Pflege-Plus-Option. Diese Mitteilung bedarf der →Textform. Mit Versicherungsbeginn erlischt der Pflegebasisschutz nach § 2.

Ab diesem Zeitpunkt verringert sich Ihr Beitrag zur BU-Versicherung. Der Beitrag zur Anschluss-Pflegerentenversicherung kommt neu hinzu.

3. Üben Sie die Pflege-Plus-Option aus, berechnen wir den Beitrag zur Anschluss-Pflegerentenversicherung mit den dann gültigen Rechnungsgrundlagen. Ein vereinbarter Zuschlag für das Pflegepaket gilt auch für die Anschluss-Pflegerentenversicherung.

Leistungen der Anschluss-Pflegerentenversicherung

4. Wird die →versicherte Person während der Dauer der Anschluss-Pflegerentenversicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absatz 9 der AVB, zahlen wir die vereinbarte Pflegerente und befreien Sie von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Der Versicherungsschutz aus der Anschluss-Pflegerentenversicherung besteht lebenslang.

Höhe der Anschluss-Pflegerentenversicherung

5. Sie können die Pflegerente höchstens in der Höhe vereinbaren, die für den Pflegebasisschutz nach § 2 vereinbart war. Maßgeblich ist der Zeitpunkt der Ausübung der Pflege-Plus-Option. Die Höhe der Pflegerente ist auf maximal 2.000 Euro monatlich begrenzt.

Fortsetzung als Anschluss-Pflegerentenversicherung bei Ablauf der →Versicherungsdauer

6. Sie erhalten spätestens drei Monate vor Ablauf der →Versicherungsdauer der BU-Versicherung ein Angebot zu einer selbstständigen Anschluss-Pflegerentenversicherung. Der Beitrag für diese Versicherung entspricht dem zuletzt gezahlten Beitrag, jedoch maximal dem Beitrag, der für eine Pflegerente von 2.000 Euro monatlich erforderlich ist. Voraussetzung ist, dass Sie zu diesem Zeitpunkt Beiträge zur BU-Versicherung zahlen. Der Versicherungsbeginn ist der Monatserste, der auf den Ablauf der BU-Versicherung folgt.

Ist die Höhe der Pflegerente unseres Angebots niedriger als die Höchstgrenze nach Absatz 5, können Sie Ihren Versicherungsschutz bis zu dieser Höchstgrenze vereinbaren. Hierfür ist dann ein höherer Beitrag zu entrichten.

7. Sie können unser Angebot zu der Anschluss-Pflegerentenversicherung innerhalb von 60 Tagen nach Zustellung annehmen. Danach halten wir uns an das Angebot nicht mehr gebunden.

Nichtausübung der Pflege-Plus-Option

8. Üben Sie die Pflege-Plus-Option nicht aus, besteht hieraus kein Anspruch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

§ 4 Was gilt für die Pflegebeitragsbefreiung?

1. Sind Sie wegen Berufsunfähigkeit von der Beitragszahlungspflicht gemäß § 1 der AVB befreit, gilt dies ebenfalls für die Beiträge des Pflegepakets.
2. Haben Sie Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart und sind Sie wegen Arbeitsunfähigkeit von der Beitragszahlungspflicht gemäß § 1 der Besonderen Bedingungen für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit befreit, gilt dies ebenfalls für die Beiträge des Pflegepakets.

§ 5 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung und was gilt bei Kündigung und Beitragsfreistellung?

1. Das Pflegepaket bildet mit der BU-Versicherung eine Einheit. Es kann ohne die BU-Versicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der BU-Versicherung endet, erlischt auch das Pflegepaket.

Kündigung oder Beitragsfreistellung der BU-Versicherung

2. Kündigen Sie die BU-Versicherung, erlischt auch der Versicherungsschutz aus dem Pflegepaket.
3. Mit Beitragsfreistellung der BU-Versicherung wird auch das Pflegepaket beitragsfrei gestellt. Das Verhältnis zwischen der BU-Rente und der Pflegerente wird nicht verändert. Die beitragsfreie Pflegerente errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der Betrag, der aus dem Pflegepaket für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung steht, mindert sich um einen als angemessen angesehenen →Abzug. Der →Abzug beträgt 35 Prozent des Betrags, der für die Bildung der herabgesetzten Leistung zur Verfügung steht (vergleiche auch §§ 14 und 15 AVB). Die konkrete Höhe des →Abzugs können Sie Ihrem →Versicherungsschein entnehmen.

Die Pflege-Plus-Option erlischt.

Aleinige Kündigung oder Beitragsfreistellung des Pflegepakets

4. Sie können das Pflegepaket jederzeit zum Schluss der laufenden →Versicherungsperiode in →Textform kündigen. Mit Kündigung erlischt der Anspruch auf Leistungen dieser Besonderen Bedingungen. Es wird kein →Rückkaufwert fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
5. Das Pflegepaket kann nicht alleine beitragsfrei gestellt werden.
6. Im Falle der Beendigung oder der Beitragsfreistellung des Pflegepakets nach den Absätzen 1 bis 4 bleiben Ansprüche aufgrund bereits zuvor eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

§ 6 Was gilt bei Nachversicherung der Berufsunfähigkeitsversicherung?

Erhöht sich die Gesamt-BU-Rente im Rahmen der Nachversicherung, erhöht sich der Pflegebasisschutz im gleichen Verhältnis.

Besondere Bedingungen bei Ausübung der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflege-schutz und der BU-Option zur Golden IV

Diese Besonderen Bedingungen ergänzen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung (AVB). Sie gelten für den Fall, dass Sie von der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz oder der BU-Option zur Golden IV Gebrauch gemacht haben und eine selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung abgeschlossen haben. Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts Anderes geregelt ist, gelten die AVB.

§ 1 Erhöhung der jährlichen BU-Rente

Für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung aus der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegeschutz gelten folgende Erhöhungsmöglichkeiten:

- Bei Abschluss der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung innerhalb eines halben Jahres nach Vollendung des zehnten Lebensjahres darf die versicherte jährliche BU-Rente ohne erneute Risikoprüfung um maximal 6.000 Euro erhöht werden, wenn
 - die →versicherte Person erstmalig eine Berufsausbildung oder ein Hochschulstudium aufnimmt und
 - nicht vorher eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – ausgeübt hat.

Die Erhöhung ist nur zu dem Ereignis möglich, das zuerst eintritt.

- Bei Eintritt in das Berufsleben, sofern die →versicherte Person eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – aufnimmt, kann die versicherte jährliche BU-Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung um maximal 6.000 Euro erhöht werden. Diese Erhöhungsmöglichkeit besteht unabhängig vom Alter der →versicherten Person bei Abschluss der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung.

Wurde bereits eine Erhöhung bei Aufnahme einer Berufsausbildung oder eines Hochschulstudiums vorgenommen, dürfen die beiden Erhöhungen zusammen 6.000 Euro nicht überschreiten. Diese Beschränkung entfällt, wenn nach Abschluss eines Hochschulstudiums ein akademischer Beruf aufgenommen wird, der dieses Studium typischerweise voraussetzt.

Die Erhöhung der versicherten BU-Rente muss jeweils innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses beantragt werden. Wenn Sie eine Erhöhung beantragen, müssen Sie uns den Nachweis zum betreffenden Ereignis erbringen.

Verpasste Erhöhungsmöglichkeiten können nicht nachgeholt werden.

Diese Erhöhungsmöglichkeiten gelten nicht, wenn der Vertrag durch Ausübung der BU-Option zur Golden IV zustande gekommen ist.

§ 2 Nachversicherung

1. Ereignisabhängige Nachversicherung

Abweichend zu § 8 Absatz 1 a) der AVB gilt bei Nachversicherung folgendes:

Sie haben das Recht, die versicherte jährliche BU-Rente der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung bei nachfolgend genannten Ereignissen ohne erneute Risikoprüfung um jeweils maximal 3.000 Euro zu erhöhen:

- Heirat oder Scheidung,
- Geburt oder Adoption eines Kindes,
- Genehmigung zum Bau eines selbst genutzten Hauses oder Erwerb von selbst genutztem Wohneigentum jeweils mit einem Darlehen von mindestens 100.000 Euro,
- erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze (BBG) mit dem Jahresgehalt am Ende eines Kalenderjahres; maßgeblich ist die BBG der allgemeinen Rentenversicherung des Bundeslandes, in dem die →versicherte Person ihren Arbeitsplatz hat.

Die Erhöhungen aus diesen Ereignissen dürfen über die gesamte Vertragslaufzeit insgesamt 6.000 Euro jährlich nicht überschreiten.

Die Erhöhung der versicherten BU-Rente muss jeweils innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses beantragt werden.

Die Möglichkeit einer ereignisunabhängigen Nachversicherung gemäß § 8 Absatz 1 a) der AVB entfällt.

2. Höhe der nachzuversichernden jährlichen BU-Rente

Abweichend zu § 8 Absatz 1 c) der AVB gilt für die Nachversicherung folgendes:

Die Gesamt-Berufsunfähigkeitsrente (Gesamt-BU-Rente) darf zusammen mit allen anderen für dieselbe →versicherte Person bei der LV 1871 oder anderen Lebensversicherungen bestehenden oder beantragten Berufsunfähigkeitsrenten 60 Prozent des →regelmäßigen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Für Berufe, für die nach unseren Annahmerichtlinien Höchstgrenzen für die versicherbare Jahresrente gelten, darf die Gesamt-BU-Rente durch Nachversicherung nur bis zu dieser Höchstgrenze aufgestockt werden.

Beantragen Sie eine Nachversicherung, muss die nachzuversichernde jährliche BU-Rente mindestens 600 Euro betragen. Die Erhöhung der Rente darf jeweils maximal 3.000 Euro jährlich betragen.

§ 3 Weitere Bestimmungen zu den Erhöhungsmöglichkeiten

Für die Erhöhungs- oder Nachversicherungsmöglichkeiten nach den §§ 1 und 2 dieser Besonderen Bedingungen gelten insbesondere die Rechnungsgrundlagen und Versicherungsbedingungen zum Zeitpunkt des Abschlusses der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung.

Soweit zusätzliche Vereinbarungen getroffen wurden, gelten diese auch für die Erhöhungs- oder Nachversicherungsmöglichkeiten.

§ 4 Weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang

1. Beteiligung an Investmentfonds

Abweichend zu § 6 der AVB ist eine Beteiligung an Investmentfonds für die selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne Risikoprüfung aus der MeinPlan Kids BU-Option mit Pflegegeldschutz oder der BU-Option zur Golden IV nicht möglich. Ein entsprechender Tarif kann somit nicht vereinbart werden.

2. Lebenslange BU-Rente

Abweichend zu § 1 Absatz 2 der AVB kann die lebenslange Leistung nicht vereinbart werden.

3. Zukunftsgarantie

Abweichend zu § 8 Absatz 2 b) der AVB gilt Folgendes:

Sie haben das Recht, innerhalb von zwölf Monaten nach

- einem Wechsel der Schulform,
- einer Versetzung in die gymnasiale Oberstufe,
- dem erstmaligen Beginn eines Studiums oder einer Berufsausbildung,
- Abschluss eines Studiums beziehungsweise einer Ausbildung und Aufnahme einer entsprechenden Tätigkeit

Ihre Berufseinstufung überprüfen zu lassen. Eine Beitragserhöhung ist dabei ausgeschlossen. Wir nehmen keine erneute Risikoprüfung vor.

Abweichend zu § 8 Absatz 2 c) der AVB gilt Folgendes:

Nimmt die →versicherte Person bei Eintritt in das Berufsleben eine unbefristete oder mindestens auf sechs Monate befristete Erwerbstätigkeit – angestellt oder selbstständig – auf, können Sie eine →Beitragsdynamik von maximal drei Prozent einschließen. Es können alle Dynamikmodelle gewählt werden, die nach unseren Annahmerichtlinien für den dann ausgeübten Beruf zulässig sind. Den Einschluss der →Dynamik müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach dem Eintritt in das Berufsleben beantragen.

Die Möglichkeit der Nachversicherung gemäß § 8 Absatz 2 d) der AVB entfällt, an deren Stelle treten die Erhöhungsmöglichkeiten gemäß § 1 dieser Besonderen Bedingungen.

Die Möglichkeit der Überprüfung bestehender Ausschlussklauseln gemäß § 8 Absatz 2 e) der AVB entfällt.

4. Karrieregarantie

Erhöhungen der BU-Rente gemäß der Karrieregarantie für Berufstätige (vergleiche § 8 Absatz 3 AVB) sind nicht möglich.

5. Erneute Risikoprüfung

Die Einschränkungen dieser Besonderen Bedingungen entfallen nachträglich, wenn für die →versicherte Person eine erneute Risikoprüfung durchgeführt wird.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz für die Berufsunfähigkeitsversicherung bei Unfall

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,
als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Was ist vorläufig versichert?	1
§ 2	Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?	1
§ 3	Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?	1
§ 4	In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?	1
§ 5	Welche Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) sind zu beachten, wenn Leistungen wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit verlangt werden?	2
§ 6	Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?	2
§ 7	Wie ist das Verhältnis zur beantragten oder vorgesehenen Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?	2

- b) uns für den Fall des Zustandekommens des Versicherungsvertrages eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist;
- c) Sie das Zustandekommen der beantragten oder vorgesehenen Versicherung nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben;
- d) Ihr Antrag oder Ihre Versicherungsanfrage nicht von den von uns angebotenen Tarifen und Bedingungen abweicht.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr Antrag oder Ihre Versicherungsanfrage bei uns eingeht, spätestens jedoch mit dem 3. Tag nach der Unterzeichnung des Antrages oder der Versicherungsanfrage.
2. Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn
 - a) der Versicherungsschutz aus der beantragten oder vorgesehenen Versicherung begonnen hat;
 - b) der Antrag von uns abgelehnt und gemäß § 3 Absatz 3 gekündigt wird;
 - c) das Vertragsangebot von uns nicht binnen der gesetzten Frist angenommen wird;
 - c) Sie Ihren Antrag oder Ihre Versicherungsanfrage angefochten oder zurückgenommen haben;
 - d) Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 VVG Gebrauch gemacht haben;
 - e) Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
 - f) der Einzug des ersten Beitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben.
3. Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang bei Ihnen wirksam.

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

1. Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die für den Fall der Berufsunfähigkeit beantragten oder vorgesehenen Leistungen für Versicherungsfälle, die aus einem Unfall resultieren, der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Unfall gilt auch, wenn durch erhöhte Kraftanstrengung der versicherten Person an Gliedmaßen oder Wirbelsäule
 - a) ein Gelenk verrenkt wird oder
 - b) Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerzt oder zerrissen werden.
2. Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine unfallbedingte Beeinträchtigung der Berufsunfähigkeit der versicherten Person in Höhe des für die beantragte und vorgesehene Versicherung bestimmten Prozentsatzes ein und wird uns diese Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten nach ihrem Eintritt angezeigt, zahlen wir die beantragte oder vorgesehene Berufsunfähigkeitsrente.
3. Bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit erbringen wir solange Leistungen, als die unfallbedingte Berufsunfähigkeit andauert, längstens jedoch bis zum Ablauf der vorgesehenen Leistungsdauer.
4. Unsere Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz sind auf eine jährliche Rente von 18.000 Euro begrenzt, auch wenn Sie höhere Leistungen beantragt oder angefragt haben. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge oder Versicherungsanfragen auf das Leben derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Sofern nichts anderes vereinbart ist, ist Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz, dass

- a) der beantragte oder vorgesehene Versicherungsbeginn nicht später als drei Monate nach der Unterzeichnung des Antrags oder der Versicherungsanfrage liegt;

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der unfallbedingten Berufsunfähigkeit gekommen ist.
2. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, fallen jedoch nicht unter den Versicherungsschutz:
 - a) Unfälle durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit, Medikamenten- und Drogenmissbrauch beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ereignen. Wir werden jedoch leisten, wenn diese Störungen oder

Anfälle durch ein unter diese Versicherung fallendes Unfallereignis verursacht waren.

- b) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind nicht ausgeschlossen.
 - c) Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind; Unfälle durch innere Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - d) Unfälle der versicherten Person bei der Benutzung von Luftfahrzeugen (Fluggeräten) ohne Motor, Motorseglern, Ultraleichtflugzeugen und Raumfahrzeugen sowie beim Fallschirmspringen.
 - e) Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.
 - f) Unfälle, die mittelbar oder unmittelbar durch Kernenergie verursacht sind.
 - g) Gesundheitsschädigungen durch Strahlen. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.
 - h) Gesundheitsschädigungen durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe, welche die versicherte Person an ihrem Körper vornimmt oder vornehmen lässt. Wir werden jedoch leisten, wenn die Eingriffe oder Heilmaßnahmen, auch strahlendiagnostische und – therapeutische, durch einen unter diese Versicherung fallenden Unfall veranlasst waren.
 - i) Infektionen. Wir werden jedoch leisten, wenn die Krankheitserreger durch eine unter diese Versicherung fallende Unfallverletzung in den Körper gelangt sind. Nicht als Unfallverletzung gelten dabei Haut- oder Schleimhautverletzungen, die als solche geringfügig sind und durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangen; für Tollwut und Wundstarrkrampf entfällt diese Einschränkung. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen verursacht sind, gilt § 2 Absatz 2 h) Satz 2 entsprechend.
 - j) Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund. Wir werden jedoch leisten, wenn es sich um Folgen eines unter die Versicherung fallenden Unfallereignisses handelt.
 - k) Unfälle infolge psychischer Reaktionen, gleichgültig, wodurch diese verursacht sind.
3. Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen, nach denen im Antrag oder in der Versicherungsanfrage gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner bzw. ihrer Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag oder in der Versicherungsanfrage angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.
4. Bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit der versicherten Person in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen entfällt unsere Leistungspflicht, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
5. Bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten (Obliegenheiten) sind zu beachten, wenn Leistungen wegen unfallbedingter Berufsunfähigkeit verlangt werden?

Die versicherte Person hat Ärzte, Pflegepersonen und Angestellte von Krankenhäusern, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden, bei denen sie in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung bzw. Versicherungsanfrage untersucht, beraten oder behandelt worden ist bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherungsanfrage gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, oder die von uns geforderten Auskünfte selbst zu besorgen und uns zur Verfügung zu stellen.

Bis zur Vorlage der von uns geforderten Auskünfte und Nachweise können wir Versicherungsleistungen zurückbehalten. Dies gilt auch, wenn wir aufgrund Widerrufs oder Einschränkung der uns erteilten Schweigepflichtenbindung und/oder Einwilligung in Datenerhebung und – nutzung gehindert sind, Art und Umfang unserer Leistungspflicht zu prüfen.

§ 6 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen gesonderten Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für das erste Versicherungsjahr für einen Beitragszahlungsabschnitt des beantragten Versicherungsvertrages. Bei Einmalbeitragsversicherungen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen jedoch nicht mehr als den Beitrag, der für die Höchstsumme gemäß § 1 Abs. 4 zu zahlen ist. Bereits gezahlte Beträge rechnen wir an.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten oder vorgesehenen Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

1. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung oder eine Rentensteigerung im Leistungsfall erfolgt jedoch nicht.
2. Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt oder in der Versicherungsanfrage ein Bezugsrecht genannt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen (Dynamik) ohne erneute Risikoprüfung

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als →Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner; für unser Versicherungsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Wichtige Fachbegriffe, die im Text mit einem Pfeil „→“ markiert sind, werden im beigefügten Glossar erläutert.

§ 1	Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen (Dynamik)?	1
§ 2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	1
§ 3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	1
§ 4	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	2
§ 5	Wann können Sie Erhöhungen aussetzen und wann enden die Erhöhungen?	2

§ 1 Wie erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen (Dynamik)?

1. Je nach Vereinbarung erhöhen sich bei Ihrer Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen die Beiträge oder die Versicherungsleistungen.

Die Beiträge erhöhen sich entweder

- jeweils im selben Verhältnis wie der Höchstbeitrag West in der allgemeinen Rentenversicherung, mindestens jedoch um fünf Prozent des Anfangsbeitrags oder
- jeweils im selben Verhältnis wie die Beitragsbemessungsgrenze West in der allgemeinen Rentenversicherung (BBG). Dabei wird nur der Teil des Beitrags erhöht, der acht Prozent der BBG entspricht. Sollte Ihr Beitrag höher sein als acht Prozent der BBG, wird der überschüssende Teil Ihres Beitrags nicht erhöht. Oder
- jeweils um vier Prozent des Betrages, um den sich die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung West (BBG) verändert oder
- jeweils um acht Prozent des Betrages, um den sich die Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Rentenversicherung West (BBG) verändert oder
- laufend um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags oder
- laufend um den vereinbarten Prozentsatz des Anfangsbeitrags.

Die Versicherungsleistungen (Versicherungssumme oder Rente) erhöhen sich entweder

- laufend um den vereinbarten Prozentsatz der Vorjahresleistung oder
- laufend um den vereinbarten Prozentsatz der Anfangsleistung.

2. Die planmäßigen Beitrags- oder Leistungserhöhungen bewirken eine Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung.

3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der →Beitragszahlungsdauer.

Zusätzlich gilt für Risikolebensversicherungen die Beschränkung auf das Versicherungsjahr, in welchem die →versicherte Person das →rechnungsmäßige Alter von 70 Jahren erreicht.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

- Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag des Versicherungsbeginns.
Haben Sie eine Erhöhung gemäß § 1 Absatz 1b) bis d) vereinbart, gilt folgendes:
 - Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zur ersten Beitragsfälligkeit des Kalenderjahres.
 - Die Beiträge und die Leistungen erhöhen sich, wenn die Beitragsbemessungsgrenze West in der allgemeinen Rentenversicherung in den letzten zwölf Monaten angehoben wurde.
- Wir senden Ihnen rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung zu.
- Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

- Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach
 - dem am Erhöhungstermin erreichten →rechnungsmäßigen Alter der →versicherten Person,
 - der restlichen →Beitragszahlungsdauer,
 - einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag und
 - den jeweils gültigen Rechnungsgrundlagen für Erhöhungen.

Haben Sie in Ihrer Versicherung ein Berufsunfähigkeitsrisiko eingeschlossen, erfolgt die Erhöhung auf Basis der Ihrer Versicherung aktuell zugrundeliegenden Berufseinstufung.

- Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.
- Haben Sie Zusatzversicherungen eingeschlossen, erhöhen sich Ihre Versicherungsleistungen, im Rahmen bestehender Grenzen, im gleichen Verhältnis wie die der Hauptversicherung.

Die Erhöhung hat keinen Einfluss auf Zusatzversicherungen mit konstantem Leistungsumfang.

- Haben Sie zu einer fondsgebundenen Versicherung eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) mit einer BUZ-Rente im Leistungsfall eingeschlossen, gilt in den letzten drei Versicherungsjahren der BUZ abweichend zu Absatz 3 folgendes:

Der Teil des Beitrages, den Sie für die BUZ-Rente zahlen, wird in den letzten drei Versicherungsjahren durch eine planmäßige Erhöhung der Beiträge **nicht** mehr erhöht.

Ihr Gesamtbeitrag erhöht sich jedoch jeweils um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags. Damit erhöht sich der Beitragsteil Ihres Gesamtbeitrags, der für die Hauptversicherung zu zahlen ist, sowie der Beitragsteil, der für die Beitragsbefreiung der Hauptversicherung im BU-Leistungsfall zu zahlen ist, überproportional.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen inklusive der Bezugsrechtsverfügung, gelten auch für die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung finden auch die Regelungen zu den Abschluss- und Vertriebskosten, die Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen Ihrer Versicherung finden.
2. Die Erhöhungen der Versicherungsleistungen verlängern nicht die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Fristen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und bei Selbsttötung.

§ 5 Wann können Sie Erhöhungen aussetzen und wann enden die Erhöhungen?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen. Gleiches gilt, wenn Sie den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Nicht durchgeführte Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sie können der Erhöhung widersprechen, ohne dabei Ihr Recht auf weitere Erhöhungen zu verlieren. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, werden wir Sie nicht mehr über Ihre Möglichkeit zu erhöhen benachrichtigen. Die Erhöhungen werden in diesem Fall so lange ausgesetzt, bis Sie uns mitteilen, dass Sie Ihr Recht auf Erhöhungen wieder in Anspruch nehmen wollen.

Haben Sie mit uns eine Erhöhung gemäß § 1 Absatz 1 b) bis d) vereinbart und widersprechen Sie dieser, werden wir Sie bereits nach erstmaligem Widerspruch nicht mehr über Ihre Möglichkeit zu erhöhen benachrichtigen. Die Erhöhungen werden in diesem Fall so lange ausgesetzt, bis Sie uns mitteilen, dass Sie Ihr Recht auf Erhöhungen wieder in Anspruch nehmen wollen.

4. Haben Sie in Ihrer Versicherung ein Berufsunfähigkeitsrisiko, ein Pflegebedürftigkeitsrisiko oder einen Versorgerschutz abgeschlossen, erfolgen keine Erhöhungen, solange wegen Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Tod des Versorgers Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt.

Haben Sie die Fortführung der planmäßigen Erhöhungen im Falle der Berufsunfähigkeit (→Dynamik im BU-Leistungsfall) ausdrücklich vereinbart, werden die Hauptversicherung und die Zusatzversicherungen gemäß der gewählten →Dynamik erhöht. Von der Erhöhung ausgenommen ist jedoch die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

Sie können bei Vertragsabschluss oder im Leistungsfall beantragen, dass bei Berufsunfähigkeit die Hauptversicherung und alle Zusatzversicherungen mit Ausnahme der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung weiter erhöht werden. Für die Erhöhungsleistungen müssen Sie den vollen Erhöhungsbeitrag zahlen, wenn Sie die →Dynamik im BU-Leistungsfall bei Vertragsabschluss nicht ausdrücklich vereinbart haben.

5. Das Recht auf Erhöhungen im Rahmen der →Dynamik erlischt, wenn der →Versicherungsnehmer Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit erhalten hat und in den letzten drei Jahren vor Eintritt des Versicherungsfalles keine Erhöhungen durchgeführt wurden.
6. Haben Sie eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit verringerten Anfangsbeiträgen (Golden BU Start) abgeschlossen, erfolgt keine Erhöhung, solange Sie einen verringerten Beitrag zahlen.
7. Machen Sie von Ihrem Recht Gebrauch, den Rentenbeginn hinauszuschieben (Rentenaufschub), erfolgen ab Beginn des Rentenaufschubs keine Erhöhungen mehr.