Antrag

an die Provinzial Lebensversicherung Hannover auf einen

BerufsunfähigkeitsSchutz Premium

Der zu beantragende Versicherungsumfang ergibt sich auf den folgenden Seiten.

Bitte reichen Sie die nachfolgenden Unterlagen zusammen mit dem Antrag ein

- ☐ **lesbare** Kopie eines **gültigen** Personalausweises oder Reisepasses vom Versicherungsnehmer (falls kein EU-Bürger, **unbefristeten** Aufenthaltstitel)
- ☐ SEPA-Lastschriftmandat (IK 6.202) bei Abbuchung der Beiträge
- ☐ Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung
- ☐ Beratungsdokumentation
- ☐ bei ausländischer Steuerpflicht LA 2.32 / LA 2.33

Bitte beachten / prüfen Sie auch!

- ☐ die steuerliche Identifikationsnummer
- ☐ Datum und Unterschriften
- ☐ politisch exponierte Person
- ☐ Erklärung nach dem Geldwäschegesetz

VGH Versicherungen:
Landschaftliche Brandkasse Hannover
Provinzial Lebensversicherung Hannover
Provinzial Krankenversicherung Hannover AG

Finanzgruppe

Schiffgraben 4 · 30159 Hannover
Postanschrift: 30140 Hannover
Telefon 0800 1750844 (kostenfrei)
oder 0511 362-0 (zum üblichen Ortstarif)
www.vgh.de
E-Mail Service@vgh.de

Landschaftliche Brandkasse Hannover
HRA: Hannover 26227 · Sitz: Hannover
Provinzial Lebensversicherung Hannover
HRA: Hannover 26226 · Sitz: Hannover
Rechtsform: Anstalten des öffentlichen Rechts
Vorstand: Dr. Ulrich Knemeyer (Vorsitzender), Dr. Fabrice Gerdes, David Nedel, Annika Rust, Jörg Sinner
Vors. der Aufsichtsräte: Dr. Leo Götz v. Olenhusen

Provinzial Krankenversicherung Hannover AG
HRB: Hannover 59699 · Sitz: Hannover
Rechtsform: Aktiengesellschaft
Vorstand: Dr. Dietrich Vieregge (Vorsitzender), Daniel Sander, Stefan Stührmann
Vorsitzender des Aufsichtsrats:
Dr. Ulrich Knemeyer

LA 1.02 (08.26)

Partnernummer | UKZ / TW | Versicherungsnummer | Unternr.

0221

Original an Versicherer, 1. Kopie für Vermittler, 2. Kopie für Kunden

(PVFI) RG-Nr. | P.-Nr. | Spk-KDNr. | M-OE | K-OE | V-OE

Versicherungsnehmer/in:

Geburtsdatum

Anr., Name, Vorname, Titel (Anr.: Herr = 1, Frau = 2, Herr und Frau = 3, Firma = 4, Sonstiges = 5)

Zustellvermerk

Straße oder Postfach, Haus-Nr.

Postleitzahl Ort

Telefon*) E-Mail*)

steuerliche Identifikationsnummer

Sind Sie bereits Kunde bei uns? ☐ ja ☐ nein

Beitragszahlung

Abbuchung der Beiträge ☐ ja ☐ nein
(Monatliche Zahlungsweise nur in Verbindung mit Abbuchung möglich.)
Bei Abbuchung der Beiträge bitte das Formular SEPA-Lastschriftmandat IK 6.202 ausfüllen, sofern noch nicht vorhanden.

Bankverbindung

IBAN

DE

BIC

☐ wie bisher ☐ geändert ☐ neu

Abweichender Rechnungsempfänger

(Vorname, Name, Anschrift und Unterschrift)

Sind Sie eine politisch exponierte Person?
☐ ja ☐ nein

(Natürliche Person, die wichtige öffentliche Ämter ausübt bzw. bis vor einem Jahr ausgeübt hat oder ein unmittelbares Familienmitglied oder eine bekanntermaßen nahestehende Person.)

Erklärung zum wirtschaftlich Berechtigten

☐ Der Versicherungsnehmer handelt auf eigene Veranlassung.
☐ Der Versicherungsnehmer handelt auf Veranlassung von:

Identifizierung Geldwäschegesetz

Vom **Versicherungsnehmer** muss **immer** eine Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite) des gültigen Personalausweises oder Reisepasses beigefügt werden. **Wird** auf Veranlassung von jemand anderem gehandelt, muss zur **Identifikation dieser benannten Person** ebenfalls **zusätzlich** eine Ausweiskopie (Vorder- und Rückseite) des gültigen Personalausweises oder Reisepasses beigefügt werden.
Ab einem Einmalbeitrag von 100.000 EUR bzw. einem Jahresbeitrag von 50.000 EUR sind zusätzliche Angaben zur Mittelherkunft erforderlich.

Herkunft:

Versicherte Person (falls nicht Versicherungsnehmer):

Partnernummer Geburtsdatum

Anr., Name, Vorname, Titel (Anr.: Herr = 1, Frau = 2, Herr und Frau = 3, Firma = 4, Sonstiges = 5)

Zustellvermerk

Straße oder Postfach, Haus-Nr.

Postleitzahl Ort

Telefon*) E-Mail*)

*) freiwillige Angaben

BerufsunfähigkeitsSchutz Premium

Monatsrente EUR	Berufsklasse	Beginn Tag Monat Jahr	Ablauf* Tag Monat Jahr	Ende der Leistungsdauer Tag Monat Jahr	Risikogruppe
		01 20	01 20	01 20	☐ Raucher ☐ Nichtraucher

*Ablauf: Datum, an dem sowohl die Versicherungs- als auch die Beitragszahlungsdauer endet.

Dynamik ☐ Leistungserhöhung um ___ % der Vorjahresleistung (mindestens 1 %, höchstens jedoch 3 %) – Dynamische Erhöhung max. bis zum 55. Lebensjahr.

Beitrag / Zahlungsweg

Zahlungsweise

☐ jährlich ☐ 1/2jährlich
☐ 1/4jährlich ☐ monatlich

Gesamtbetrag lt. Zahlungsweise: EUR

Überschussbeteiligung (sofern vereinbart) bei SGB **zurzeit:** EUR

(zzt.) zu zahlender Gesamtbetrag: (Rundungsdifferenzen vorbehalten) EUR

Die aktuelle Überschussbeteiligung ist nur für das laufende Kalenderjahr garantiert, im weiteren Versicherungsverlauf sind sowohl positive als auch negative Änderungen möglich.

Bei Sammelversicherungen:
Der genannte Beitrag gilt nur, solange die Voraussetzungen für den Sammelvertrag erfüllt sind.

Bezugsrecht

Im Leistungsfall grundsätzlich die versicherte Person

LA 1.02 (08.26)

Fragen an die zu versichernde Person

Damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die nachfolgenden Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. **Bitte lesen Sie die diesem Antrag beigefügte Mitteilung über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht. Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kann uns berechtigen, je nach Verschulden, vom Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen oder anzupassen, was unter Umständen zu unserer Leistungsfreiheit, auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle, führen kann.**
Bitte beantworten Sie jede einzelne Teilfrage, kreuzen Sie die zutreffende Antwort an und geben Sie, falls der vorgesehene Raum nicht ausreicht, weitere Erläuterungen (mit Unterschrift und Datum sowie der Angabe der betreffenden Antragsziffer) in freier Form. Wollen Sie Angaben zu den folgenden Fragen dem Vermittler gegenüber nicht machen, so sind diese der Provinzial Lebensversicherung Hannover spätestens innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung in Textform mitzuteilen.

☐ Ich mache von der Möglichkeit der direkten Zusendung der zur Antragsprüfung notwendigen Unterlagen Gebrauch.

☐ Ich mache von der Möglichkeit der Beantwortung der Antragsfragen per Datenlink Gebrauch.

Beruf _____ Geburtsort _____ Staatsangehörigkeit _____

Erwerbsart: ☐ Selbständige, Freiberufler ☐ Beamte ☐ Angestellte im öffentlichen Dienst ☐ Angestellte ohne öffentlichen Dienst
☐ gewerbliche Arbeitnehmer ☐ Rentner, Pensionäre ☐ Schüler, Auszubildende, Studenten ☐ keine dieser Gruppen

Kurzbeschreibung der eigenen Tätigkeit: ☐ körperlich / handwerklich Anteil in %: _____ ☐ kaufmännisch / organisatorisch / verwaltend Anteil in %: _____
☐ Reisetätigkeit / Außendienst Anteil in %: _____ ☐ künstlerisch Anteil in %: _____

Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt außerhalb der Europäischen Union, der länger als 3 Monate dauert oder werden Sie sich auch in kürzeren Zeiträumen in Kriegs- oder Krisengebieten aufhalten? ☐ ja ☐ nein

Üben Sie Risiko-/Extremsportarten mit einem erhöhten Unfallrisiko aus? ☐ ja ☐ nein
(z. B. Auto- und Motorradsport, Kunstflug, Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen, Eisklettern, Höhlenwandern, Eis- und Höhlentauchen, Solo-Freiklettern, Reitsport, Kampfsport, Downhill-Mountainbiking)

Wenn ja, welche Sportart betreiben Sie? _____

Gesundheitsfragen

1. **Welcher Arzt ist über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse am besten informiert (evtl. Hausarzt)?**
   Bitte teilen Sie uns den Namen und die vollständige Anschrift mit. _____

2. **Bitte geben Sie uns Ihre Körpergröße und Ihr Gewicht an:** _____ cm _____ kg

3. **Haben oder hatten Sie in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Gesundheits-/Funktionsstörungen?** ☐ ja ☐ nein
   Wählen Sie „Ja“, wenn Sie deswegen beraten, untersucht oder behandelt wurden, zum Beispiel bei Ärzten, Psychologen, Psychotherapeuten oder von Angehörigen sonstiger Gesundheitsberufe (wie Heilpraktikern, Physiotherapeuten, Osteopathen, Krankengymnasten). Vorsorgeuntersuchungen zum Beispiel beim Zahnarzt oder Gynäkologen müssen nicht angegeben werden, wenn diese ohne Befunde durchgeführt wurden.

4. **Haben oder hatten Sie darüber hinaus in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden, Gesundheitsstörungen oder Funktionsstörungen im Bereich der Augen, der Ohren, der Haut oder Allergien/Unverträglichkeiten?** ☐ ja ☐ nein

5. **Sind oder waren Sie darüber hinaus in den letzten 5 Jahren länger als 14 Kalendertage ununterbrochen krankgeschrieben bzw. arbeitsunfähig?** ☐ ja ☐ nein
   Wählen Sie „Ja“, wenn Sie aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage waren, Ihren Beruf, Ihren schulischen Verpflichtungen oder Ihrem Studium nachzugehen.

6. **Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig (z. B. einmal am Tag oder über mindestens einen Monat hinweg) Medikamente (z. B. Salben, Spritzen, Infusionen, Sprays, Schmerzpflaster, Tabletten (außer hormonelle Verhütungsmittel)) bzw. wurden Ihnen welche verordnet?** ☐ ja ☐ nein

7. **Haben Sie in den letzten 5 Jahren Drogen (auch Cannabis), drogenähnliche Substanzen oder Betäubungsmittel konsumiert oder wurden Sie wegen Ihres Alkoholkonsums ärztlich beraten, behandelt oder untersucht?** ☐ ja ☐ nein
   Wenn ja, geben Sie uns bitte die Substanzen und Abhängigkeiten an.

8. **Waren Sie darüber hinaus in den letzten 10 Jahren in stationärer Behandlung, wurden ambulante Operationen durchgeführt oder sind solche derzeit ärztlich angeraten oder geplant?** ☐ ja ☐ nein
   Bitte geben Sie alle Krankenhaus-, Reha- und Kuraufenthalte an, auch in Schmerzkliniken oder psychosomatischen Kliniken. Entbindungen, Mandel- oder Blinddarmentfernungen, Nasennebenhöhlenoperation und Zahn-OP's müssen bei komplikationslosem Verlauf nicht angegeben werden.

9. **Wurden darüber hinaus in den letzten 5 Jahren bilddiagnostische Verfahren, Spiegelungen oder Szintigraphien durchgeführt oder wurden solche angeraten?** ☐ ja ☐ nein
   Hierzu zählen z. B. Röntgenbilder, Sonographien, CT, MRT, Echokardiographie oder Spiegelungen von Magen, Darm oder Knie.

10. **Bestehen darüber hinaus körperliche/geistige Beeinträchtigungen?** ☐ ja ☐ nein
    Hierzu zählen chronische Erkrankungen/Infektionen, dauerhafte Unfallfolgen, fehlende oder dauerhaft geschädigte Körperglieder/Organe, z. B. Herzklappenfehler, Bandscheibenvorfälle, Lähmungen, Corona-Folgeerkrankungen oder HIV.

11. **Haben Sie eine Erwerbsminderung (MdE), einen Grad der Behinderung /Schädigung (GdB, GdS), eine Wehrdienstbeschädigung (WDB), eine Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) oder wurde ein solcher Antrag gestellt?** ☐ ja ☐ nein

Zu den mit „ja“ beantworteten Fragen bitten wir nachstehend um detaillierte Erläuterungen:

(Sollte der Platz nicht ausreichend sein, fügen Sie bitte ein unterschriebenes Zusatzblatt für Ihre Antworten bei.)

zu Frage	Art der Diagnose, Erkrankung, Beeinträchtigung, Störungen und/oder Beschwerden	Wann (Monat/Jahr) Dauer, Folgen	Behandelnde Ärzte (Fachrichtung), Psychologen, Psychotherapeuten, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Kur-, Rehakliniken, Heilstätten mit Anschrift	Ist eine völlige oder folgenlose Heilung erfolgt?
				☐ ja ☐ nein
				☐ ja ☐ nein
				☐ ja ☐ nein
				☐ ja ☐ nein

Angaben zur finanziellen Prüfung

1. **Haben Sie für den Fall des Einkommensverlustes Leistungen zu erwarten (aus privaten Berufs-, Erwerbs- oder Grundfähigkeitsabsicherungen oder berufsständischen Versorgungswerken) oder wurden weitere Anträge zur Absicherung des Einkommens bei einem anderen Versicherer gestellt?** ..... ☐ ja ☐ nein

   Falls ja, teilen Sie uns bitte mit in welcher Höhe und bei welchem Unternehmen? _____

   ☐ Berufsunfähigkeitspolicen _____ EUR monatlich ☐ Dienstunfähigkeitspolicen _____ EUR monatlich

   ☐ Erwerbsunfähigkeitspolicen _____ EUR monatlich ☐ Weitere Invaliditätspolicen (z.B. Grundfähigkeit) _____ EUR monatlich

   ☐ BU-Rente im Rahmen einer Rückdeckungs-/Direktversicherung _____ EUR monatlich

   Bei Jahresrenten ab 24.000 EUR p. a. – einschließlich Renten bei anderen Versicherern – ist generell ein Einkommensnachweis (Steuerbescheide der letzten drei Jahre) beizufügen. Dieser kann im Einzelfall auch bei niedrigeren Renten oder Einschluss der Dynamik erforderlich werden.

Bitte beachten Sie:
Die Fragen 2 und 3 müssen nur beantwortet werden, wenn die bei uns beantragte Jahresrente 18.000 Euro übersteigt oder die Frage 1 mit „Ja“ beantwortet wurde.

2. **Aus welchem Grund wird die Versicherung beantragt?**
   ☐ Privatabsicherung ☐ Rückdeckungs-/Direktversicherung (über Arbeitgeber) ☐ Pensionszusage für beherrschenden Geschäftsführenden/Gesellschafter
   ☐ Schlüsselkraftabsicherung („Keyman“)

3. **Wie hoch war Ihr jährliches Arbeitseinkommen in Euro (nur Einkünfte aus selbständiger und nichtselbständiger Arbeit; Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalerträge zählen nicht dazu; Selbständige/Freiberufler: Gewinn vor Steuern; Rentner: Rentenleistung) zuletzt?**
   ☐ Bruttoarbeitseinkommen oder ☐ Nettoarbeitseinkommen

   Letztes Jahr: _____ Vor zwei Jahren: _____ Vor drei Jahren: _____

   3.1. Seit wann besteht dieses Beschäftigungsverhältnis? Monat/Jahr: _____

   3.2. Familienstand ☐ unverheiratet ☐ verheiratet

Werden besondere Vereinbarungen gewünscht? Der Antrag gilt nur, wenn die besonderen Vereinbarungen zustande kommen.

_____

☐ Neuvertrag ☐ Umtausch / Verlängerung des folgenden Vertrages 0221-_____._____._____ ☐ Ausübung eines persönlichen Anpassungsrechtes 0221-_____._____._____

Nachfolge-Versicherungsnehmer Name / Geburtsdatum und Anschrift

Falls der derzeitige Versicherungsnehmer vor der versicherten Person verstirbt, soll Versicherungsnehmer werden: _____

Bitte beachten Sie:
Eine Änderung/Löschung der Nachfolge-Versicherungsnehmereigenschaft kann nur mit Zustimmung bzw. schriftlich erklärtem Verzicht des derzeitigen Nachfolge-Versicherungsnehmers verfügt werden.

Wichtig für den Versicherungsnehmer und die zu versichernde(n) Personen

Bitte beachten Sie die beigefügten Informationen zum Datenschutz.

Die beigefügten Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei uns unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich habe davon Kenntnis genommen, dass der Versicherungsvertrag in jedem Fall erst durch ausdrückliche Annahme dieses Antrages zustande kommt und vor Abschluss des Vertrages eingehende Zahlungen nur als Vorschüsse auf künftige Beitragsverpflichtungen angenommen werden.

Die Antragsfragen, wenn erforderlich, wurden mir, sofern ich sie nicht selbst schriftlich bzw. per Datenlink beantwortet habe, in vollem Umfang vorgelesen; den Inhalt habe ich uneingeschränkt verstanden. Diese Antragsfragen wurden von mir nach bestem Wissen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet. Über die hier schriftlich festgehaltenen Antworten hinaus habe ich keine weiteren Angaben gegenüber dem Vermittler, weder schriftlich, in Textform noch mündlich gemacht. Mir ist bekannt, dass unvollständige oder nicht wahrheitsgemäße Angaben den Versicherungsschutz gefährden.

Ort	Datum		
Eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers	der zu versichernden Person, wenn abweichend vom Versicherungsnehmer	der gesetzlichen Vertreter (erforderlich bei minderjährigem Versicherungsnehmer)	des Nachfolge-Versicherungsnehmers (sofern das 18. Lebensjahr vollendet ist)

Erhalt von Versicherungsunterlagen und Informationen

Das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten, die zusätzlichen Informationen in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung (gemäß § 2 VVG-InfoV), die Generellen Informationen nach § 1 VVG-Informationspflichtenverordnung, die Widerrufsbelehrung einschließlich der dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen (beinhalten die Tarifbestimmungen) sowie die Mitteilung nach § 19 Abs. 5 VVG über die Folgen einer Verletzung der gesetzlichen Anzeigepflicht wurden mir vor Antragstellung ausgehändigt.

Ort	Datum	Eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers	der gesetzlichen Vertreter (erforderlich bei minderjährigem Versicherungsnehmer)

Bestätigung über die Gewährung des vorläufigen Versicherungsschutzes

Auf Grund des gestellten Antrags auf Abschluss einer Lebensversicherung wird hiermit bestätigt, dass gemäß den nachstehend abgedruckten „Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“ vorläufiger Versicherungsschutz gewährt wird. Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag bei uns eingeht.

VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover

Dr. Ulrich Knemeyer Jörg Sinner

Vom Vermittler anzukreuzen

☐ Persönlicher Kontakt (Bedingungen, Informationen übergeben)

☐ Persönlicher Kontakt (Kunde hat auf die Übergabe der Bedingungen verzichtet; bitte V 1.15 unterschrieben beifügen)

Interne Daten (nur von der Vertretung auszufüllen) **Tel.-Nr.:**

Antragsdatum	1. Vermittler (Stempel)	%	2. Vermittler (Stempel)	%	Unterschrift des Vermittlers
					1.)
					2.)

VGH

SEPA-Lastschriftmandat PH

Zahlungsempfänger

VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover
Schiffgraben 4
30159 Hannover

Gläubiger-Identifikationsnummer

D	E	5	7	Z	Z	Z	0	0	0	0	0	0	2	5	7	1	5

Mandatsreferenznummer

0	2	-												

(wird von der VGH ausgefüllt)

Ich ermächtige Sie, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Ihnen auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich erhalte spätestens 5 Tage vor Abbuchung gesondert Nachricht über die bevorstehende Abbuchung.

Vorname und Name des Kontoinhabers

Straße und Hausnummer

Postleitzahl und Ort

Land

IBAN

BIC

Name des Kreditinstituts

Ort, Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

Partnernummer	UKZ / TW	Versicherungsnummer	Unternr.
	0221		

Versicherungsnehmer/in:

Anr., Name, Vorname, Titel (Anr.: Herr = 1, Frau = 2, Herr und Frau = 3, Firma = 4, Sonstiges = 5)

Original an Versicherer, 1. Kopie für Vermittler, 2. Kopie für Kunden

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

(Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.)

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten verarbeiten zu dürfen, benötigt die Provinzial Lebensversicherung Hannover, im folgenden PH genannt, daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigt die PH Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigt die PH Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen (siehe Ziffer 3) weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die Erklärungen abzugeben. Ohne die Verarbeitung von Gesundheitsdaten ist der Abschluss oder die Durchführung des Vertrages regelmäßig jedoch nicht möglich. Sie haben das Recht, Ihre Erklärungen jederzeit zu widerrufen. Bisherige Datenverarbeitungen bleiben rechtmäßig.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

– durch die PH selbst (unter 1.),

– im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),

– bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der PH (unter 3.) und

– wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

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 PH

Ich willige ein, dass die PH die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten 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 <u>zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht</u>

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

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen und können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

☐ **Möglichkeit I:**

Ich willige ein, dass die PH - 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 PH übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die PH an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die PH 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 PH 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 PH einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die PH einwillige

- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

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 PH 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 PH konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür benötigen wir eine Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

☐ **Erklärungen für den Fall meines Todes:**

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).

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der PH

Die PH 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 PH 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 PH meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die PH zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die PH tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

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

Die PH führt bestimmte Aufgaben, wie z. B. die Aufnahme von Gesundheitsdaten oder Vermittlung von Assistance-Leistungen, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die PH Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die PH führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die PH 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 www.vgh.de eingesehen oder bei der Provinzial Lebensversicherung Hannover, Datenschutz, Schiffgraben 4, 30159 Hannover, Telefonnummer: (0511) 362-0, E-Mail: datenschutz@vgh.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die PH Ihre Einwilligung.

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

3.3 Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die PH 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 PH 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 PH 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 PH 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 verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch uns unterrichtet.

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

3.4 Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die PH 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 Beratungszwecken 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.

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

Ich willige ein, dass die PH meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

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

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

Ich willige ein, dass die PH meine Gesundheitsdaten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Ort, Datum

Eigenhändige Unterschrift des Versicherungsnehmers

der zu versichernden Person (bei Vorliegen der erforderlichen Einsichtsfähigkeit, frühestens ab Vollendung des 16. Lebensjahres)

der gesetzlichen Vertreter (erforderlich bei minderjährigem Versicherungsnehmer)

Übersicht über die Kategorien und die wichtigsten von der Provinzial Lebensversicherung Hannover beauftragten Dienstleister gemäß Ziffer 3.2 der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Kategorie	Firmenbezeichnung	Tätigkeit
Allgemeine Dienstleistungen	Rhenus Data Office GmbH	Vernichtung von Datenträgern
	Deutsche Post Adress GmbH & Co.KG	Überprüfung, Aktualisierung und Recherche von Adressen
	Oldenburgische Landesbrandkasse	Validierung eingescannter Post
IT-Dienstleister	iVV GmbH	EDV-Leistungen
	Finanz Informatik GmbH	EDV-Leistungen
Versicherungsspezifische Dienstleistungen	Cominia Aktuarielle Services GmbH	Beratung im Rahmen der Erweiterung des versicherungsmathematischen Verwaltungssystems
	Deutsche Assistance Service GmbH	Regulierung von Assistance-Leistungen
	GDV Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft	Datenaustausch Altersvorsorgeverträge (Riester)
	IHR Rehabilitations-Dienst GmbH	Unterstützung im Rahmen der Leistungsprüfung (Erst- und Nachprüfung)
	Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft	Datenaustausch zur Risikoeinschätzung (Antrag/Leistung) im Einzelfall / Software-Lösung bei automatisierter Antragsprüfung und zur digitalen Einholung von ärztlichen Auskünften
	Provinzial Krankenversicherung Hannover AG	Antragsbearbeitung (S-Einkommens-Schutz)
	Reha Assist Deutschland GmbH	Unterstützung im Rahmen der Leistungsprüfung (Erst- und Nachprüfung)
	Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland	Datenaustausch zur Risikoeinschätzung (Antrag/Leistung) im Einzelfall

Übersicht über die Rückversicherungen gemäß Ziffer 3.3 der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. 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 Wahrnehmung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zu den Rückversicherern finden Sie auf den unten benannten Internetseiten. Sie können die Informationen auch in gedruckter Form bei uns anfordern.

Münchener Rückversicherungs-Gesellschaft Aktiengesellschaft in München

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

Swiss Re Europe S.A., Niederlassung Deutschland in München

https://www.swissre.com/privacy_policy_german_version.html

Mitteilung nach § 19 Abs. 5 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 den

VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover
Schiffgraben 4
30159 Hannover

in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) 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 vorliegen.
Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklären wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleiben wir dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn Sie nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

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

ursächlich war. Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben. Bei einem Rücktritt steht uns der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Zusätzlich haben Sie Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

2. Kündigung
Können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, weil Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt haben, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

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

3. Vertragsänderung
Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichten wir auf eine Vertragsanpassung.

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

4. Ausübung unserer Rechte
Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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

5. Stellvertretung durch eine andere Person
Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der rückwirkenden Vertragsänderung und der 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.

Informationen zum Datenschutz

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Provinzial Lebensversicherung Hannover
Schiffgraben 4
30159 Hannover
Telefon: 0800 1750 844
E-Mail: service@vgh.de

Datenschutzbeauftragter

Provinzial Lebensversicherung Hannover
- Datenschutzbeauftragter -
Schiffgraben 4
30159 Hannover
E-Mail: Datenschutz@vgh.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir benötigen Ihre personenbezogenen Daten, um unsere Dienstleistungen Ihnen gegenüber erbringen zu können. **Ohne die Verarbeitung Ihrer Daten sind weder die Erstellung eines Versicherungsangebotes, noch der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrages möglich.** Ihre Daten verarbeiten wir entsprechend der Vorgaben der europäischen Datenschutzgrundverordnung **(DSGVO)**, des Bundesdatenschutzgesetzes **(BDSG)** sowie der Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft (sog. Code of Conduct, auch CoC). So verarbeiten wir Ihre persönlichen Daten (z. B. Name und Adresse) und Angaben (z. B. Geburtstag) wie auch die vertragsrelevanten Informationen zum versicherten Risiko (z. B. Angaben zum Einkommen und Beruf), um prüfen zu können, zu welchen Bedingungen das Risiko durch uns versichert werden kann und um den Vertrag laufend zu verwalten (z. B. zur Beitragsberechnung oder zur Aufklärung von Widersprüchlichkeiten). Nach dem Geldwäschegesetz ist außerdem die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zur Überprüfung Ihrer Identität erforderlich.

Im Leistungsfall benötigen wir weitere Angaben, damit wir prüfen können, ob und in welcher Höhe wir Leistungen zu erbringen haben. Sowohl vor Abschluss als auch während der Laufzeit des Vertrages und im Leistungsfall kann es notwendig werden, dass wir Ihre Daten bei Dritten erfragen. So befragen wir z. B. in Einzelfällen Ihren Vorversicherer zur Validierung Ihrer Angaben. Entsprechend kann auch eine zweckgebundene Weitergabe Ihrer Daten an Dritte, z. B. an unseren Rückversicherer, erforderlich sein. Bei diesem versichern wir unserseits Ihr wirtschaftliches Risiko, da wir ohne seine Dienstleistung Ihr Risiko nicht in derselben Weise versichern könnten. Im Leistungsfall benötigen zudem Ärzte, Gutachter oder andere Dienstleister wie z. B. Rehadienste Ihre Daten. Deren Information und Leistung benötigen wir, wenn wir die Leistungsvoraussetzungen oder den Umfang der Leistung nicht allein beurteilen können. Zum Zweck der ordnungsgemäßen Vertragsdurchführung und Leistungsbearbeitung erfolgen auch Testverfahren unter Verwendung personenbezogener Daten zur konkreten Fehleranalyse. Diese Datenverarbeitungen sind zur Erfüllung des Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich und nach **Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO** zulässig. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten) erforderlich sind, holen wir zuvor Ihre Einwilligung nach **Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO** ein.

Neben unseren Pflichten aus dem mit Ihnen geschlossenen Versicherungsvertrag haben wir umfangreiche gesetzliche Verpflichtungen zu erfüllen. Hierzu gehört in erster Linie das Versicherungsvertragsgesetz, nach dem wir bzw. unsere Vermittler verpflichtet sind, Sie anlassbezogen zu beraten. Dabei verarbeiten wir Ihre Daten so, dass alle bei uns gespeicherten Informationen herangezogen werden, um Sie umfassend beraten zu können. Darüber hinaus erhalten auch die für Sie zuständigen Vermittler Zugriff auf die hierfür erforderlichen Antrags-, Vertrags- und Schadendaten – nicht jedoch auf Ihre Gesundheitsdaten. Andere als die für Sie zuständigen Vermittler können – sofern Sie eine Beratung durch diese wünschen – neben Ihren persönlichen Daten und Angaben lediglich auf die Art der für Sie bereits bestehenden Verträge ohne weitere Details zugreifen. Diese Zugriffe werden zu Zwecken der Datenschutzkontrolle protokolliert.

Als Versicherer unterliegen wir spezifischen aufsichtsrechtlichen, handelsrechtlichen und steuerrechtlichen Vorgaben, die eine Verarbeitung Ihrer Daten, bspw. zur Erfüllung von Melde- und Aufbewahrungsfristen auch nach Beendigung des mit Ihnen bestehenden Vertrages, rechtfertigen können. Zahlreiche weitere Auskunftspflichten können darüber hinaus die Herausgabe Ihrer Daten an staatliche Stellen wie Straßenverkehrs- und Steuerbehörden aber auch Sozialversicherungsträger begründen. In bestimmten Fällen ist nach dem Geldwäschegesetz außerdem die Verarbeitung Ihrer persönlichen Daten zur Überprüfung Ihrer Identität erforderlich. Diese Datenverarbeitungen sind auf Basis von **Art. 6 Abs. 1c) DSGVO** zulässig.

Um unsere Dienstleistungen nachhaltig sicher und wirtschaftlich anbieten zu können, nutzen wir Ihre Daten auch aus eigenem berechtigtem Interesse, aber nicht, um mit der Weitergabe Ihrer Daten an Dritte Geld zu verdienen. So verarbeiten wir Ihre Daten etwa neben der reinen Vertragsbearbeitung auch, um die Sicherheit und den Betrieb unserer IT-Systeme gewährleisten zu können. Darüber hinaus kann eine Verarbeitung Ihrer Daten erfolgen, um die Wirtschaftlichkeit unserer Dienstleistungen zu analysieren. So können Ihre Daten auch zur Erkennung von Hinweisen genutzt werden, die – auch unter Verwendung von Datenanalysen – auf Unregelmäßigkeiten bis hin zum Versicherungsmissbrauch bzw. Betrug hindeuten können, insbesondere zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten.

In Einzelfällen unterstützt uns der Rückversicherer aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit es für diesen Zweck erforderlich ist. Näheres zu unseren Rückversicherern erfahren Sie auf unserer Internetseite https://www.vgh.de unter der Rubrik Datenschutz.

Vor Vertragsabschluss holen wir abhängig von der Höhe der gewünschten Versicherungsleistung, (z. B. Höhe der gewünschten Berufsunfähigkeitsrente) Bonitätsauskünfte ein, um das Risiko eines Leistungseintritts beurteilen zu können.

Für den Fall der Beendigung des Vertrages bleiben Ihre Daten zur Beurteilung der Gesamtkundenverbindung weiterhin abrufbar.

Zum Zwecke der Absatzförderung unserer Dienstleistungen werden wir Ihre Daten auch für Werbung hinsichtlich unserer eigenen Produkte und der Produkte der Unternehmen der Versicherungsgruppe der VGH Versicherungen nutzen. Zur Verbesserung unserer Dienstleistungen sind wir zudem darauf angewiesen, Ihre Meinung zu unseren Produkten, aber auch zu allgemeinen Marktentwicklungen kennenzulernen (z. B. durch Kundenzufriedenheitsbefragungen). Wir werden deshalb Ihre Daten auch zu Zwecken der Markt- und Meinungsforschung verwenden. Diese Datenverarbeitungen sind zur Wahrung unserer berechtigten Interessen nach **Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO** zulässig. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang Ihre Widerspruchsrechte als Betroffener.

Empfänger / Kategorien von Empfängern

Die Unternehmen der VGH Versicherungen (Landschaftliche Brandkasse Hannover, Provinzial Lebensversicherung Hannover, Provinzial Pensionskasse Hannover AG und Provinzial Krankenversicherung Hannover AG) sowie die HanseMerkur Reiseversicherung AG und der ALTE OLDENBURGER Krankenversicherung von 1927 V.V.a.G. verfügen über gemeinsame Verfahrensabschnitte im Geschäftsablauf (z. B. für Telefondienst, Post, Inkassoverfahren). Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, werden Ihre Daten zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten oder zwecks Postbearbeitung in gemeinsam nutzbaren Datenverarbeitungsverfahren verwendet.

Um unsere vertraglichen und gesetzlichen Pflichten erfüllen, aber auch unsere berechtigten Interessen wahren zu können, bedienen wir uns externer Unterstützung in Form von Druckereien, Versandgesellschaften, Marktforschungsunternehmen, IT-Dienstleistern, medizinischen Gutachtern, Rehadiensten und Sachverständigen. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, in der jeweils aktuellen Version, können Sie zusätzlich auf unserer Internetseite unter https://www.vgh.de einsehen.

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 Jahre.

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.

Widerspruchsrechte

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Werbung jederzeit zu widersprechen (Art. 21 Abs. 2 DSGVO).

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen nach Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO, können Sie dieser Verarbeitung jederzeit widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die dieser Verarbeitung entgegenstehen (Art. 21 Abs. 1, Abs. 6 DSGVO).

Ihr Widerspruch ist jeweils formlos möglich. Bitte beachten Sie unsere Kontaktdaten.

Datenschutzaufsichtsbehörde

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Für uns zuständig ist die Landesdatenschutzaufsichtsbehörde, in deren Bundesland wir unseren Sitz haben.

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, andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind oder gesetzliche Ausnahmevorschriften zur Anwendung kommen. Detaillierte Informationen dazu können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Bei der fallabschließenden Bearbeitung Ihres Versicherungsantrags erfolgt die automatisierte Bearbeitung Ihrer Daten anhand eines Expertensystems. Dabei wird geprüft, ob die von Ihnen gemachten Gesundheitsangaben nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung unserer Kalkulationsgrundlagen den beantragten Versicherungsschutz ohne weitere Prüfung ermöglichen. Sollten Sie mit der getroffenen Entscheidung nicht einverstanden sein, können Sie sich jederzeit persönlich an uns wenden und diese von uns überprüfen lassen.

Weiterverarbeitung für einen anderen Zweck

Als Versicherungsunternehmen sind wir auf Informationen zu unseren versicherten Risiken angewiesen, um die Schadenhäufigkeit und den Schadenaufwand im Hinblick auf die Versicherbarkeit kennenzulernen und unsere Tarifierung verbessern zu können. Hierzu werten wir unsere Kundeninformationen statistisch aus. In diesem Zusammenhang kann es vorkommen, dass wir Ihre Daten zu statistischen Zwecken verarbeiten. Die Erstellung von Statistiken unter Verwendung personenbezogener Daten ist auf Grundlage der **Art. 6 Abs. 4, 5 Abs. 1 b) DSGVO** zulässig. Erstellen wir Statistiken mit Kategorien besonderer personenbezogener Daten, erfolgt dies auf Grundlage von **Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG**. Bitte beachten Sie die Hinweise zu Ihren Betroffenenrechten.

Darüber hinaus verarbeiten wir auch personenbezogene Daten zu Zwecken, die zwar nicht unmittelbar der Vertragsdurchführung und Leistungsbearbeitung dienen, aber damit im engen Zusammenhang stehen (kompatible Zwecke nach **Art. 6 Abs. 4 DSGVO**). Hierzu gehören Testverfahren, um die ordnungsgemäße Entwicklung, Implementierung und Kontrolle der Datenverarbeitungen in unseren IT-Systemen zu gewährleisten. Die Verarbeitung erfolgt hierbei unter spezifischen Maßnahmen zum Schutz der Daten.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

(LA 3.174-26)

Mit den nachfolgenden Bedingungen wenden wir uns an Sie als Antragsteller und künftigen *Versicherungsnehmer*.

Inhaltsverzeichnis

1 Was ist vorläufig versichert?
2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?
3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?
5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?
6 Wie ist das Verhältnis zum beantragten Vertrag, und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

1 Was ist vorläufig versichert?

1.1 Der vorläufige Versicherungsschutz besteht für Versicherungsfälle nach Ziffer 1.2 bis Ziffer 1.4,

- die aus einem Unfall folgen,
- der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist.

Unfallbegriff
Ein Unfall liegt vor, wenn die zu versichernde Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine dauerhafte Gesundheitsschädigung erleidet.

Todesfallleistung
1.2 Haben Sie eine Todesfallleistung beantragt und verstirbt die zu versichernde Person

- nach einem Unfall nach Ziffer 1.1,
- der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist,
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag,

zahlen wir die zu Beginn des beantragten Vertrages vorgesehene Todesfallleistung, höchstens jedoch 150.000 Euro.

Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung
1.3 Haben Sie eine Hinterbliebenenrenten-Zusatzversicherung beantragt und verstirbt die zu versichernde Person

- nach einem Unfall nach Ziffer 1.1,
- der während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist,
- innerhalb eines Jahres nach dem Unfalltag,

zahlen wir die beantragte Hinterbliebenenrenten-Leistung, höchstens jedoch 13.200 Euro jährlich.

BerufsunfähigkeitsSchutz und Grundfähigkeits-Schutz
1.4 Haben Sie Leistungen für den Fall

- der Berufsunfähigkeit,
- der Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit,
- der Schwerbehinderung oder
- des Eintritts einer schweren Krankheit

beantragt und führt ein Unfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes bei der zu versichernden Person zu einem Leistungsfall,

zahlen wir die in Ziffer 1.4.1 bis Ziffer 1.4.4 benannten Leistungen. **Der Eintritt des Leistungsfalls muss uns innerhalb von 3 Monaten angezeigt worden sein.**

1.4.1 Soweit eine Rentenleistung vereinbart ist, zahlen wir die beantragte Rente, höchstens jedoch

- 18.000 Euro jährlich bei Berufsunfähigkeit.
- 18.000 Euro jährlich bei Pflegebedürftigkeit.
- 12.000 Euro jährlich bei Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit.

1.4.2 Bei Eintritt einer schweren Krankheit zahlen wir die beantragte Kapitalleistung, höchstens jedoch 6.000 Euro.

1.4.3 Soweit ein Beitragsretter bei Berufsunfähigkeit beantragt wurde und die Hauptversicherung zustande gekommen ist, zahlen wir die Beiträge der Hauptversicherung, höchstens für eine garantierte Kapitalabfindung von 150.000 Euro.

Der Anspruch auf die in Ziffer 1.4.1 und Ziffer 1.4.4 benannten Leistungen erlischt, wenn keine

- Berufsunfähigkeit bzw.
- Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit

mehr besteht, spätestens mit dem Ablauf der *Leistungsdauer* für den beantragten Vertrag.

1.5 Ist für die zu versichernde Person mehrfach Versicherungsschutz bei uns beantragt, gelten die Höchstbeträge aus Ziffer 1.2 bis Ziffer 1.4 aus allen beantragten Verträgen zusammen.

Dabei bemessen sich die Leistungen für jeden einzelnen Antrag danach, wie die **einzelne** beantragte Versicherungsleistung im Verhältnis zu der **gesamten** beantragten Versicherungsleistung steht.

2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als 2 Monate nach der Unterzeichnung des Antrags liegt,
- der Einlösungsbeitrag für den beantragten Vertrag gezahlt oder uns eine Ermächtigung zum

Beitragseinzug mittels eines SEPA-Lastschriftmandates erteilt worden ist,

- Sie das Zustandekommen des beantragten Vertrages nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht haben,
- Ihr Antrag sich im Rahmen der von uns angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt und
- die *versicherte Person* bei Unterzeichnung des Antrags das 11. Lebensjahr schon und das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet hat.

3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

3.1 Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem Ihr vollständig ausgefüllter Antrag bei uns eingeht.

3.2 Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsschutz aus dem beantragten Vertrag begonnen hat,
- wir Ihren Antrag abgelehnt bzw. zurückgestellt haben,
- Sie Ihren Antrag angefochten bzw. zurückgenommen haben,
- Sie von Ihrem Widerrufsrecht nach § 8 *VVG* Gebrauch gemacht haben,
- Sie einer Ihnen nach § 5 Absätze 1 und 2 *VVG* mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben oder
- der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem SEPA-Lastschrifteneinzug widersprochen worden ist.

3.3 Jede Vertragspartei kann den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Unsere Kündigungserklärung wird jedoch erst nach Ablauf von 2 Wochen nach dem Zugang bei Ihnen wirksam.

4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Es besteht **kein** vorläufiger Versicherungsschutz

- für Leistungen bei Krankschreibung;
- für Anfangs-/Wiedereingliederungshilfe;
- für Leistungen bei Umorganisation.

4.2 Für Unfälle der zu versichernden Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese auf Trunkenheit oder dem Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen, beruhen, besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz.

4.3 Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für die Versicherungsfälle aufgrund von Ursachen (Krankheiten, Beschwerden, Gesundheitsstörungen, Drogen, drogenähnlichen Substanzen oder Betäubungsmitteln), nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die *versicherte Person* vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalls nur mitursächlich geworden sind.

4.4 Bei vorsätzlicher Selbsttötung der *versicherten Person* besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

4.5 Tritt der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen ein, entfällt unsere Leistungspflicht, wenn die *versicherte Person* auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

4.6 Tritt der Versicherungsfall 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 ein, entfällt unsere Leistungspflicht, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

5 Was kostet Sie der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für eine *Versicherungsperiode*. Bei Einmalbeitragsverträgen ist dies der einmalige Beitrag. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstsumme bzw. -rente nach Ziffer 1.2 bis Ziffer 1.4. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

6 Wie ist das Verhältnis zum beantragten Vertrag, und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

6.1 Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen und Besonderen Bedingungen für den beantragten Vertrag Anwendung, einschließlich derjenigen für mitbeantragte Zusatzversicherungen. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse, sowie die besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten.

6.2 Haben Sie im Antrag ein Bezugsrecht festgelegt, gilt dieses auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz. Sofern Sie uns kein Bezugsrecht mitgeteilt haben, erbringen wir die Versicherungsleistung an Sie bzw. Ihre Erben.

Informationen und Versicherungsbedingungen zu Ihrem Vertrag

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

vor Antragstellung erhalten Sie von uns umfassende Unterlagen zum Versicherungsvertrag. Diese unterteilen sich in das individuell für Sie erstellte Informationsblatt zu Versicherungsprodukten zu der gewünschten Vertragskombination sowie in die nachfolgend beigefügten allgemeinen Informationen.

Der erste Teil besteht aus generellen Informationen zum Vertrag (vgl. § 1 der VVG-InfoV) sowie der Widerrufsbelehrung. Danach folgen die allgemeinen und besonderen Versicherungsbedingungen. Sollten Sie also die Dynamische Anpassung der Beiträge beantragt haben, gehören diese "Besonderen Bedingungen" dazu.

Ferner sind die allgemeinen Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung beigefügt.

Das Inhaltsverzeichnis führt Sie schnell zu den jeweiligen Texten.

Zusätzlich haben Sie vor Antragstellung das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und die zusätzlichen Informationen in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung einschließlich der weiteren von uns gesetzlich anzugebenden individuell berechneten Werte erhalten. Dort finden Sie insbesondere den Verlauf der beitragsfreien Leistungen einschließlich einer unverbindlichen Darstellung zum Verlauf der nicht garantierten Überschussbeteiligung für den von Ihnen genau gewünschten Vertrag. Es enthält auch die Angaben über die Abschluss- und Vertriebskosten und über sonstige Kosten, die mit dem Vertrag verbunden sind.

Inhaltsverzeichnis BerufsunfähigkeitsSchutz Premium

Teil der Information		Seite
Generelle Informationen zum Vertrag	LA 3.43-26	2
Widerrufsbelehrung		4
Fachbegriffe und Abkürzungsverzeichnis für Gesetze und Verordnungen		6
Allgemeine Bedingungen für den BerufsunfähigkeitsSchutz Premium	LA 3.201-26	7
Besondere Bedingungen für den BerufsunfähigkeitsSchutz mit planmäßiger Erhöhung der Leistungen und Beiträge ohne erneute Risikoprüfung	LA 3.204-26	26
Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen	LA 3.35-26	27
Merkblatt über geltende Steuerregelungen für den BerufsunfähigkeitsSchutz	LA 3.83-26	29
Anhang zu „Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen“	LA 3.272-26	30

Generelle Informationen zum Vertrag

(LA 3.43-26)

Was sollten Sie über Ihren Versicherer wissen?

VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover
Schiffgraben 4, 30159 Hannover
Postanschrift: 30140 Hannover
Telefon:
Tel.: 0800 1750 844 (kostenfrei)
oder 0511 362 0 (zum üblichen Ortstarif)
Internet: www.vgh.de
E-Mail: service@vgh.de
Bankverbindung:
IBAN: DE88 2505 0180 0000 5330 84
BIC: SPKHDE2HXXX, Sparkasse Hannover

Provinzial Lebensversicherung Hannover
HRA: Hannover 26226 Sitz: Hannover
Rechtsform: Anstalt des öffentlichen Rechts
Vorstand: Dr. Ulrich Knemeyer (Vorsitzender),
Dr. Fabrice Gerdes, David Nedel, Annika Rust,
Jörg Sinner
Vorsitzender der Aufsichtsräte:
Dr. Leo Götz v. Olenhusen

Worin besteht unsere Hauptgeschäftstätigkeit?
Unsere Hauptgeschäftstätigkeit ist der Betrieb von Lebens- und Rentenversicherungen.

Wie heißt die zuständige Aufsichtsbehörde?
Unsere zuständige Aufsichtsbehörde ist die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

Welche Sicherungseinrichtungen gibt es?
Gesetzlicher Sicherungsfonds
Protektor Lebensversicherungs-AG,
Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin,
www.protektor-ag.de

Welche Geschäftsstelle ist für die Verwaltung dieses Vertrages zuständig?
Für Fragen zum Vertrag sind sowohl der zuständige Ansprechpartner als auch die Kontaktdaten der vertragsführenden Geschäftsstelle im Antrag bzw. im Versicherungsschein benannt.

Welches sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?
(a) Es gelten die jeweiligen Versicherungsbedingungen, die dem Antrag aber auch erneut dem Versicherungsschein beigefügt sind.

Soweit Berufsunfähigkeitsschutz eingeschlossen ist, wird darauf hingewiesen, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

(b) Die Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung sind im Antrag und auch im Versicherungsschein dargestellt.

Was kostet Sie Ihr Versicherungsschutz und wann müssen Sie den Beitrag zahlen?
Der Beitrag einschließlich Zahlungsweise ist im Antrag und auch im Versicherungsschein angegeben. Einzelheiten zur Fälligkeit des Beitrages finden sich in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Wie lange sind die Ihnen zur Verfügung gestellten Informationen gültig?
Vor Annahme des Antrages sind die Informationen hinsichtlich des Preises grundsätzlich bis zu dem im Antrag genannten Versicherungsbeginn gültig, der Rest gilt grundsätzlich unbefristet.

Was ist bei einer Versicherung mit Fondsentwicklung zu beachten (nur bei Wahl einer Versicherung mit Fondsanlage)?
Falls Sie einen Vertrag mit Fondsanlage gewählt haben, ist der Versicherungsschutz abhängig von der unmittelbaren Beteiligung an der Wertentwicklung eines Sondervermögens (Anlagestock). Hierfür tragen Sie das Kapitalanlagerisiko. Die Versicherungsleistungen hängen von der Höhe der insgesamt gutgeschriebenen Anteile der Investmentfonds ab. Die Wertentwicklung ist unmittelbar von den Kapitalmärkten abhängig und bietet sowohl die Chance auf Kurssteigerungen wie auch das Risiko von Kursrückgängen. In der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge sind kein Indikator für künftige Erträge. Weitere Informationen zum Produkt können Sie dem Produktinformationsblatt, dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten bzw. dem Basisinformationsblatt, den zusätzlichen Informationen in der Lebens- und Berufsunfähigkeitsversicherung (§ 2 VVG-InfoV), den jeweils gültigen Verkaufsprospekten der Fonds mit den Vertragsbedingungen (Verwaltungsreglement) sowie den zuletzt veröffentlichten Jahres- sowie Halbjahresberichten entnehmen. Diese erhalten Sie auf Wunsch ausgehändigt.

Wie kommt der Vertrag zustande und wann beginnt der Versicherungsschutz?
Der Vertrag kommt zustande, sofern wir Ihren Antrag annehmen. Wir können Ihren Antrag binnen sechs Wochen annehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung. Eine Frist, während der Sie an Ihren Antrag gebunden sind, besteht nicht.

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Antrag und auch im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

Was sollten Sie zur Laufzeit des Vertrages und den Kündigungsbedingungen wissen?
Diese Angaben finden Sie im Antrag, den Versicherungsbedingungen und auch im Versicherungsschein.

Welches Recht gilt sowohl vor Vertragsabschluss als auch für Ihren Vertrag und welches Gericht ist bei Rechtsstreitigkeiten zuständig?
Es gilt das deutsche Recht. Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gelten die inländischen Gerichtsstände. Weitere Einzelheiten finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Welches ist die Vertragssprache?
Die Vertragsbedingungen sowie die Vorabinformationen werden in deutscher Sprache mitgeteilt. Die Kommunikation wird ebenfalls in deutscher Sprache geführt.

Was können Sie tun, wenn Sie mit uns unzufrieden sind?

Falls Sie einmal mit den Leistungen der VGH unzufrieden sein sollten, wenden Sie sich bitte an Ihren zuständigen Vermittler. Selbstverständlich steht Ihnen auch unsere für Sie zuständige Regionaldirektion oder die Hauptverwaltung in Hannover zur Verfügung.

Sie haben auch die Möglichkeit uns Ihr Anliegen per E-Mail unter beschwerde@vgh.de oder online über www.vgh.de/beschwerde mitzuteilen.

Welche außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren stehen Ihnen zur Verfügung?
Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Den Ombudsmann erreichen Sie wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
Leipziger Straße 121, 10117 Berlin
Telefon 0800 369 6000 (kostenfrei) oder aus dem Ausland +49 30 20605899 (gebührenpflichtig)
Telefax 0800 369 9000 (kostenfrei) oder aus dem Ausland +49 30 20605898 (gebührenpflichtig)
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Sie haben außerdem die Möglichkeit, sich an die Aufsichtsbehörde zu wenden. Sie erreichen diese wie folgt:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn
Telefon 0228 4108-0 (gebührenpflichtig)
Telefax 0228 4108-1550 (gebührenpflichtig)
Internet: www.bafin.de, E-Mail: poststelle@bafin.de

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Sie haben ein Widerrufsrecht!
Die Widerrufsbelehrung finden Sie auf der Folgeseite.

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:

VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover
Schiffgraben 4, 30159 Hannover,
E-Mail: service@vgh.de.

Sie können Ihr Widerrufsrecht auch online unter https://www.vgh.de/widerruf ausüben. Wenn Sie diese Online-Funktion nutzen, übermitteln wir Ihnen auf einem dauerhaften Datenträger (z. B. durch eine E-Mail) unverzüglich eine Eingangsbestätigung mit Informationen zum Inhalt der Widerrufserklärung sowie dem Datum und der Uhrzeit ihres Eingangs.

Widerrufsfolgen

Beginnt der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist, endet im Falle eines wirksamen Widerrufs der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen nur den auf die Zeit nach dem Zugang der Widerrufserklärung entfallenden Teil der Prämien zurückzugewähren. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag in Höhe von Null Euro.

Sie dürfen in diesem Fall Versicherungsleistungen, die Sie vor der Ausübung des Widerrufsrechts aufgrund eines Versicherungsfalls aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben, einbehalten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren sind.

Leistungen sind unverzüglich, spätestens innerhalb von 30 Tagen, zurückzugewähren. Die Frist beginnt für den Versicherer mit dem Zugang und für den Versicherungsnehmer mit der Abgabe der Widerrufserklärung.

Besondere Hinweise

Wenn Sie Ihr Widerrufsrecht nicht ausüben, sind Sie an den Vertrag gebunden.

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.

Ihr Widerrufsrecht erlischt spätestens 24 Monate und 30 Tage nach dem Vertragsschluss.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

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

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
8. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
9. 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;
10. 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;
11. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
12. 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;

13. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;

14. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;

15. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;

16. 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;

17. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung

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

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;

2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;

3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;

4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;

5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;

7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;

8. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Ende der Widerrufsbelehrung

Fachbegriffe und Abkürzungsverzeichnis für Gesetze und Verordnungen für den BerufsunfähigkeitsSchutz Premium

Um Ihnen das Lesen der Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir nachfolgend einige Begriffe. Diese sind in den Bedingungen *kursiv* gedruckt.

Fachbegriffe

Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, in dem die Pflicht besteht, Beiträge zu zahlen.

Berufsunfähigkeitstafel beinhaltet die Wahrscheinlichkeiten berufsunfähig zu werden, die zur Kalkulation des Tarifs verwendet werden.

Bezugsberechtigter ist der von Ihnen in Textform benannte Anspruchsberechtigte für die betreffende Leistung.

Deckungskapital ist das für die vereinbarte Leistung angesparte Kapital. Es wird mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.

Deckungsrückstellung ist eine Reserve, die wir für jeden Versicherungsvertrag bilden müssen, um zu jedem Zeitpunkt die vereinbarten Leistungen erbringen zu können.

Direktgutschrift ist ein Verfahren zur Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen. Dabei werden die erwirtschafteten Überschussanteile während des laufenden Geschäftsjahres direkt den Verträgen gutgeschrieben.

Juristische Person ist zum Beispiel eine Aktiengesellschaft (AG) oder eine Gesellschaft mit beschränkter Haftung (GmbH).

Leistungsdauer bezeichnet den Zeitraum ab dem vereinbarten Versicherungsbeginn bis zu dem Termin, zu dem wir längstens eine anerkannte Leistung erbringen.

Leistungsfall ist ein Ereignis, das während der Versicherungsdauer eintritt und unsere Leistungspflicht begründet.

Pflegetafel beinhaltet die Wahrscheinlichkeiten pflegebedürftig zu werden, die zur Kalkulation des Tarifs verwendet werden.

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihres Vertrages benötigt werden. Diese sind im Wesentlichen Sterbetafel, Rechnungszins und Kosten.

Rechnungsmäßiges Alter der versicherten Person ist die Differenz zwischen dem betreffenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person.

Rechnungszins ist die garantierte Verzinsung des Deckungskapitals.

Risikoprüfung ist die Prüfung der Gesundheits- und sonstigen Risikoverhältnisse (z.B. gefährliche Sportarten) der versicherten Person.

Rückkaufswert im Sinne dieser Bedingungen entspricht dem Deckungskapital. Er wird, vermindert um einen Abzug, zuzüglich einer ggf. vorhandenen Überschussbeteiligung, bei einer Kündigung des Vertrages ausgezahlt.

Schriftlich / Schriftform bedeutet grundsätzlich, dass eine eigenhändig unterschriebene Erklärung erforderlich ist. Telefax oder E-Mail sind nicht ausreichend.

Sterbetafel beinhaltet die Sterbewahrscheinlichkeiten, die zur Kalkulation des Tarifs verwendet werden.

Textform ist beispielsweise erfüllt, wenn die Erklärung in Form eines Briefes, Telefaxes oder ausdruckbaren E-Mail abgegeben wird.

Unverzüglich bedeutet ohne schuldhaftes Zögern.

Versicherte Person ist diejenige Person, deren Leben versichert ist.

Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

Versicherungsperiode ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

Abkürzungsverzeichnis für Gesetze und Verordnungen

BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
DeckRV	Deckungsrückstellungsverordnung
ErbStG	Erbschaftsteuergesetz
EStG	Einkommensteuergesetz
EStDV	Einkommensteuer-Durchführungsverordnung
HGB	Handelsgesetzbuch
IfSG	Infektionsschutzgesetz (Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen)
SGB XI	Sozialgesetzbuch Elftes Buch
VAG	Versicherungsaufsichtsgesetz
VersStG	Versicherungsteuergesetz
VVG	Versicherungsvertragsgesetz
VVG-InfoV	Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen

Allgemeine Bedingungen für den BerufsunfähigkeitsSchutz Premium

(LA 3.201-26)

Als *Versicherungsnehmer* sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Leistungen und Versicherungsschutz
1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und wann entsteht bzw. endet der Anspruch auf Leistungen?
2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
4 Welche Leistungen erbringen wir bei Eintritt einer Krebserkrankung und wann entsteht bzw. endet der Anspruch auf Leistungen?
5 Welche Leistungen erbringen wir bei Krankschreibung und wann entsteht bzw. endet der Anspruch auf Leistungen?
6 Welche sonstigen Regelungen gelten für Ihren Vertrag?
7 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
8 Wer erhält die Leistungen?
9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten
11 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
12 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
13 Welche Schadenminderungspflichten sind nach Eintritt eines *Leistungsfalles* zu beachten?
14 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?
15 Welche Folgen haben die Verletzungen von Mitwirkungs- und Schadensminderungspflichten nach Eintritt eines *Leistungsfalles*?

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen
16 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Beitragszahlung
17 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
18 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
19 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Kündigung und Beitragsfreistellung
20 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?
21 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?

Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten
22 Was bedeutet das Recht auf Anpassung an den persönlichen Bedarf?
23 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne *Risikoprüfung* im Rahmen der Anpassung an den persönlichen Bedarf erhöhen?
24 Wie und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen der Anpassung an den persönlichen Bedarf erhöhen?
25 Wann können Sie die vereinbarte *Versicherungsdauer* Ihres Vertrages verlängern?
26 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

Kosten
27 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?
28 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Sonstige Vertragsbestimmungen
29 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
30 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?
31 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
32 Wann verjähren Ansprüche aus dem Vertrag?
33 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
34 Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?
35 Wo ist der Gerichtsstand?
36 Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?
37 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?

Leistungen und Versicherungsschutz

1 Welche Leistungen erbringen wir bei Berufsunfähigkeit und wann entsteht bzw. endet der Anspruch auf Leistungen?

1.1 Wird die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* berufsunfähig (siehe Ziffer 2), erbringen wir längstens für die vereinbarte *Leistungsdauer* folgende Leistungen:

Rente
Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

Beitragsbefreiung
Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für diesen Vertrag.

Anfangshilfe
Wenn erstmals eine Rente wegen Berufsunfähigkeit fällig wird, zahlen wir zusätzlich einen Betrag in Höhe von 3 Monatsrenten.

Die Anfangshilfe kann nur einmal während der gesamten *Versicherungsdauer* in Anspruch genommen werden.

Wiedereingliederungshilfe
Wenn die *versicherte Person* mindestens 2 Jahre ununterbrochen berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen war und unsere Leistungen wegen Wiederaufnahme der zuletzt ausgeübten oder Aufnahme einer anderen beruflichen Tätigkeit wegfallen (siehe Ziffer 14), zahlen wir zusätzlich einen Betrag in Höhe von 6 Monatsrenten.

Die Wiedereingliederungshilfe kann nur einmal während der gesamten *Versicherungsdauer* in Anspruch genommen werden.

Unsere Leistung zur Umorganisation bei Selbständigen
1.2 Wir beteiligen uns an den Anschaffungskosten im Rahmen einer Umorganisation nach Ziffer 2.7 mit einem Betrag in Höhe von 3 Monatsrenten.

Voraussetzung für diese Leistung ist, dass die entsprechende Anschaffung durch die konkrete gesundheitliche Beeinträchtigung bedingt ist und durch diese Anschaffung eine zumutbare Umorganisation erreicht wird. Leistungen wegen Berufsunfähigkeit werden in diesem Fall nicht erbracht. Tritt nach unserer Leistung dennoch Berufsunfähigkeit ein, verrechnen wir die von uns geleisteten Anschaffungskosten nicht mit den Leistungen bei Berufsunfähigkeit.

Beginn des Leistungsanspruchs
1.3 Der Anspruch auf die Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit nach Ziffer 2 eingetreten ist. Sie müssen uns die Berufsunfähigkeit in *Textform* mitteilen.

1.4 Werden Leistungen wegen einer Krebserkrankung nach Ziffer 4 erbracht, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 4.9 genannten Zeitpunkt.

1.5 Werden Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 5 erbracht, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 5.10 genannten Zeitpunkt.

Wird uns die Berufsunfähigkeit später als 3 Jahre nach ihrem Eintritt mitgeteilt, entsteht der Anspruch auf die Leistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung; Zusätzlich leisten wir rückwirkend für 3 Jahre. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die verspätete Mitteilung nicht verschuldet worden ist.

Ende des Leistungsanspruchs
1.6 Der Anspruch auf die Leistungen endet, wenn

- die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
- die *versicherte Person* stirbt oder
- die vereinbarte *Leistungsdauer* abläuft.

Bei Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 3 erbringen wir die Leistungen, solange die *versicherte Person* lebt.

2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit
2.1 Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die *versicherte Person*

- infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die fachärztlich nachzuweisen ist,
- voraussichtlich mindestens 6 Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nicht mehr zu mindestens 50 % ausüben kann.

2.2 Ist die *versicherte Person* 6 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen ist, zu mindestens 50 % außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben, gilt dieser Zustand von Beginn an als Berufsunfähigkeit.

Zuletzt ausgeübter Beruf
2.3 Maßgeblich für die Beurteilung, ob die *versicherte Person* berufsunfähig ist, ist der zuletzt ausgeübte Beruf. Wir betrachten, wie der zuletzt ausgeübte Beruf ausgestaltet war, als die *versicherte Person* noch nicht gesundheitlich beeinträchtigt war.

Als Berufe zählen auch die Tätigkeiten folgender Personen:

Hausfrauen/-männer
Wenn die *versicherte Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit Hausfrau/-mann ist, gilt als Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Hausfrau/-mann.

Schüler
Wenn die *versicherte Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit Schüler ist, gilt als Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler.

Studenten
Wenn die *versicherte Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit Student ist, gilt als Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit neben dem zuletzt ausgeübten Studium

auch das mit dem Abschluss des belegten Studiengangs verbundene Berufsbild. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

Auszubildende
Wenn die *versicherte Person* bei Eintritt der Berufsunfähigkeit Auszubildender ist, gilt als Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit der mit der Ausbildung angestrebte Ausbildungsberuf.

Verzicht auf abstrakte Verweisung
2.4 Wir verzichten darauf, die *versicherte Person* auf eine andere, vergleichbare Tätigkeit zu verweisen, die sie aufgrund ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse ausüben könnte.

Keine Berufsunfähigkeit wegen konkreter Ausübung einer Tätigkeit
2.5 Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht vor, wenn die *versicherte Person* eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die entsprechend ihren Kenntnissen, Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann. Dies gilt, wenn sie der wirtschaftlichen und in ihrer gesellschaftlichen Wertschätzung der Lebensstellung (Ziffer 2.16) entspricht, die vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat (konkrete Verweisung).

Berufsunfähigkeit bei Teilzeitbeschäftigung
2.6 Übt die *versicherte Person* zum Zeitpunkt des Eintritts des *Leistungsfalles* ihren Beruf zeitlich eingeschränkt aus (Tätigkeit in Teilzeit) erfolgt eine Günstigerprüfung wie folgt:

Es wird zunächst geprüft, ob die *versicherte Person* ihren zuletzt vor Eintritt des *Leistungsfalles* ausgeübten Beruf in Teilzeit in seiner konkreten Ausgestaltung noch zu mehr als 50 % ausüben kann. Ist dies nicht der Fall, erhält die *versicherte Person* die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Stellt sich jedoch heraus, dass die *versicherte Person* ihren Beruf in Teilzeit in ihrer konkreten Ausgestaltung noch zu mehr als 50 % ausüben kann, so wird zugunsten der *versicherten Person* zusätzlich geprüft, ob sie diesen Beruf in Teilzeit noch 3 Stunden oder mehr pro Arbeitstag ausüben könnte. Ist dies nicht der Fall, so erhält die *versicherte Person* ebenso die vereinbarten Leistungen aus diesem Vertrag.

Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen
2.7 Bei Selbstständigen, freiberuflich Tätigen und Gesellschaftern bzw. Angestellten mit Unternehmensleitungsbefugnis ist für die Berufsunfähigkeit im Sinne von Ziffer 2.1 und Ziffer 2.2 zusätzlich nachzuweisen, dass die *versicherte Person* auch bei möglicher und zumutbarer betrieblicher Umorganisation zu mindestens 50 % außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben.

Zumutbar ist eine Umorganisation, wenn

- sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist,
- keinen erheblichen Kapitalaufwand erfordert und
- die *versicherte Person* eine unternehmensleitende Stellung behält, die der bisherigen wirtschaftlichen und sozialen Lebensstellung (Ziffer 2.16) entspricht.

Verzicht auf Prüfung der Umorganisation bei Kleinbetrieben
2.8 Auf eine Prüfung der Umorganisation verzichten wir bei Betrieben mit weniger als 5 Mitarbeitern. Als Mitarbeiter in diesem Sinne zählen ausschließlich aus- und angelernte Arbeitnehmer. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

Verzicht auf Prüfung der Umorganisation bei Selbständigen
2.9 Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisation des Betriebs, wenn die *versicherte Person* eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens 90% kaufmännische, leitende, beratende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt.

Berufsunfähigkeit aufgrund Erwerbsminderung
2.10 Berufsunfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn und solange ein Träger der gesetzlichen Rentenversicherung in Deutschland eine volle Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen unbefristet anerkennt. Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht vor, wenn die *versicherte Person* eine andere Tätigkeit nach Ziffer 2.5 konkret ausübt.

Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz
2.11 Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die *versicherte Person* auf Grund eines vollständigen oder teilweisen Tätigkeitsverbotes, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 *IFSG* ausgesprochen wurde, mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf zu mindestens 50 % auszuüben. Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht vor, wenn die *versicherte Person* eine andere Tätigkeit nach Ziffer 2.5 konkret ausübt.

Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit
2.12 Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die *versicherte Person* pflegebedürftig nach Ziffer 3 ist.

Berufsunfähigkeit bei Beamten
2.13 Berufsunfähigkeit liegt bei einem Beamten auf Lebenszeit, bei einem Beamten auf Probe bzw. einem Beamten auf Widerruf ebenfalls vor, wenn dieser vor Erreichen der gesetzlich vorgeschlagenen Altersgrenze wegen Dienstunfähigkeit aufgrund eines amtsärztlichen Gutachtens, in dem die Dienstunfähigkeit ausdrücklich festgestellt wird, in den Ruhestand versetzt oder entlassen wird. Berufsunfähigkeit liegt allerdings nicht vor, wenn die *versicherte Person* eine andere Tätigkeit nach Ziffer 2.5 konkret ausübt.

Berufswechsel
2.14 Bei Berufswechsel besteht keine Anzeigepflicht. Sie können jedoch die Berufseinstufung der *versicherten Person* nach Ziffer 26 überprüfen lassen.

Ausscheiden aus dem Berufsleben
2.15 Wenn die *versicherte Person* **vorübergehend** oder **dauerhaft** aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, werden der zuletzt ausgeübte Beruf sowie die erreichte wirtschaftliche und soziale Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens für die Beurteilung der Berufsunfähigkeit herangezogen.

Wirtschaftliche und soziale Lebensstellung
2.16 Die wirtschaftliche und soziale Lebensstellung ist gewahrt, wenn die berufliche Qualifikation, die berufliche Stellung, deren soziale Wertschätzung und die daraus bezogene Vergütung das bisherige Niveau nicht spürbar unterschreiten.

Die dabei für die *versicherte Person* zumutbare Einkommensreduzierung wird von uns je nach Lage des Einzelfalls auf die im Rahmen der höchstrichterlichen Rechtsprechung festgelegte Größe im Vergleich zum durchschnittlichen Bruttoeinkommen der letzten 3 Jahre im zuletzt ausgeübten Beruf vor Eintritt der Berufsunfähigkeit, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, begrenzt. Sie beträgt jedoch maximal 20 %. Statt des Bruttoeinkommens ist bei Selbstständigen und Freiberuflern der Gewinn vor Steuern maßgeblich. Sollte die künftige höchstrichterliche Rechtsprechung niedrigere Zumutbarkeitsgrenzen der Einkommensminderung festlegen, werden wir sie zu Gunsten der *versicherten Person* anwenden.

3 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Pflegebedürftigkeit
3.1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die *versicherte Person* voraussichtlich für mindestens 6 Monate entsprechend Pflegegrad 3 oder höher gemäß §§ 14, 15 *SGB XI* einschließlich der dazugehörigen Anlagen in der Fassung vom 22.12.2025, gültig ab 01.01.2026 pflegebedürftig ist. Künftige Änderungen dieser gesetzlichen Bestimmungen haben keinen Einfluss auf die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen und führen zu keiner Änderung des vereinbarten Leistungsumfangs. Die maßgeblichen gesetzlichen Vorschriften des *SGB XI* und die dazugehörigen Anlagen sind am Ende dieser Bedingungen im Anhang zu "Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen" abgebildet. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen.

Nachweis
3.2 Die Pflegebedürftigkeit muss fachärztlich bzw. durch die Vorlage eines Gutachtens zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit durch den Träger der Pflegeversicherung der *versicherten Person* nachgewiesen werden.

3.3 Weder die Entscheidung noch das Gutachten des Trägers der Pflegeversicherung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach dem *SGB XI* sind hinsichtlich unserer Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen übertragbar. Wir werden das Gutachten jedoch im Rahmen unserer Prüfung und Entscheidung über die Leistungspflicht berücksichtigen.

4 Welche Leistungen erbringen wir bei Eintritt einer Krebserkrankung und wann entsteht bzw. endet der Anspruch auf Leistungen?

4.1 Erkrankt die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* an Krebs (siehe Ziffer 4.4 bis Ziffer 4.6), erbringen wir insgesamt für maximal 18 Monate folgende Leistungen:

Rente
4.2 Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

Beitragsbefreiung
4.3 Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für diesen Vertrag.

Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen
4.4 Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben.

4.5 Es liegt eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn

- diese durch den Nachweis von eigenständigem und unkontrolliertem Wachstum sowie Infiltration (Eindringung) in umliegendes Gewebe charakterisiert ist oder
- ein eindeutiger Nachweis von Metastasen (Fernableger) in Lymphknoten oder anderen Organen vorliegt.

Sie erhalten Ihre Leistung ab

- einem prognostischen Stadium II für solide Tumore entsprechend der AJCC/UICC-Klassifikation (8. Edition),
- einem prognostischen Stadium/Schweregrad II für bösartige Tumore des Blutes (Leukämien), der blutbildenden Organe und des Lymphsystems (Morbus Hodgkin, maligne Lymphome entsprechend der für die zugrunde liegende Erkrankung gültigen Klassifikation oder
- einem WHO Grad II für Gehirntumore.

Die Diagnose muss durch Vorlage des histopathologischen Befundes bestätigt werden. Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die lediglich auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl beruhen.

4.6 Folgende Erkrankungen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen:

- Vorstufen invasiver Krebsarten, wie z.B. das Carcinoma in situ (Cis), sogenannte Borderline-Tumore, Gebärmuttermundveränderungen wie die Zervixdysplasie (CIN I-III, PAP 1-4) oder sonstige Tumore mit niedrig-malignem Potenzial.
- Hautkrebs ausgenommen des malignen Melanoms (schwarzer Hautkrebs), wie z.B. Basaliom, spinozelluläres Karzinom der Haut oder Dermatofibrosarkoma protuberans.
- Vorstufen von Blutkrebs, wie z.B. Polycythaemia vera (PV), essentielle Thrombozythämie (ET), Monoklonale Gammopathie unklarer Signifikanz (MGUS) oder myelodysplastisches Syndrom (MDS) etc. Nach vollständiger bösartiger Entartung (Transformation) zu einer Leukämie oder einem Myelom besteht selbstverständlich Versicherungsschutz.

Beginn des Leistungsanspruchs
4.7 Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Krebserkrankung nach Ziffer 4.4 bis Ziffer 4.6 diagnostiziert wurde. Sie müssen uns die Krebserkrankung in *Textform* mitteilen.

4.8 Werden Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 5 erbracht, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 5.10 genannten Zeitpunkt.

Ein Anerkenntnis der Leistungen wegen einer Krebserkrankung stellt kein Anerkenntnis wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung dar.

Ende des Leistungsanspruchs
4.9 Der Anspruch auf Leistungen wegen Krebs endet, wenn

- insgesamt für maximal 18 Monate Leistungen wegen Krebs erbracht wurden,
- die *versicherte Person* stirbt,
- die vereinbarte *Leistungsdauer* dieses Vertrages abläuft oder
- die Leistungsprüfung ergibt, dass die *versicherte Person* berufsunfähig nach Ziffer 2 ist. In diesem Fall erbringen wir ab Beginn des nächsten Monats nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit.

Erleidet die *versicherte Person* mehrmals eine Krebserkrankung, ist die *Leistungsdauer* wegen Krebs für alle eingetretenen Krebserkrankungen zusammen auf 18 Monate beschränkt.

Der Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen einer Krebserkrankung erbracht haben, wird nicht auf die maximale *Leistungsdauer* wegen einer Krebserkrankung von insgesamt 18 Monaten angerechnet.

Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs
4.10 Wenn keine Krebserkrankung mehr vorliegt, müssen Sie uns *unverzüglich* hierüber informieren. Der Leistungsanspruch aus diesem Vertrag entfällt ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krebserkrankung entfällt.

5 Welche Leistungen erbringen wir bei Krankschreibung und wann entsteht bzw. endet der Anspruch auf Leistungen?

5.1 Wird die *versicherte Person* während der *Versicherungsdauer* mindestens 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig krankgeschrieben, erbringen wir ab Beginn der Krankschreibung insgesamt für maximal 36 Monate folgende Leistungen:

Rente
5.2 Wir zahlen eine monatliche Rente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

Beitragsbefreiung
5.3 Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für diesen Vertrag.

5.4 Arbeitsversuche zur Erprobung der Arbeitsfähigkeit und zum Zweck der vollständigen Wiederaufnahme der beruflichen Tätigkeit stellen keine Unterbrechung der vollständigen Arbeitsunfähigkeit dar.

Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen
5.5 Als Nachweis für die Krankschreibung müssen uns auf die *versicherte Person* ausgestellte fachärztliche Bescheinigungen, die Angaben über den Befund und die voraussichtliche Dauer der Krankschreibung enthalten, eingereicht werden.

5.6 Bei mehreren Krankschreibungen aus unterschiedlichen medizinischen Gründen muss mindestens jeweils eine Krankschreibung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt sein.

Die Kosten der fachärztlichen Bescheinigungen trägt der Anspruchserhebende.

5.7 Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir jeweils befristet für den Zeitraum, für den fachärztliche Bescheinigungen wegen ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden. Voraussetzung für die Leistung ist jedoch, dass uns die Bescheinigungen für einen Zeitraum von mindestens 30 Tagen vorliegen.

Beginn des Leistungsanspruchs
5.8 Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung entsteht mit Ablauf der in Ziffer 5.1 genannten Dauer. Sie müssen uns die Krankschreibung in *Textform* mitteilen.

5.9 Wird uns die Krankschreibung später als 3 Monate nach Ende der letzten Krankschreibung mitgeteilt, besteht kein Anspruch auf die Leistung.

Ein Anerkenntnis der Leistungen wegen Krankschreibung stellt kein Anerkenntnis wegen Berufsunfähigkeit oder einer Krebserkrankung dar.

Ende des Leistungsanspruchs
5.10 Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung endet, wenn

- eine Krankschreibung nach Ziffer 5.5 bis Ziffer 5.7 nicht mehr vorliegt,
- insgesamt für maximal 36 Monate Leistungen wegen Krankschreibung erbracht wurden,
- die *versicherte Person* stirbt,
- die vereinbarte *Leistungsdauer* dieses Vertrages abläuft,
- die Leistungsprüfung ergibt, dass die *versicherte Person* berufsunfähig nach Ziffer 2 ist. In diesem Fall erbringen wir ab Beginn des nächsten Monats nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder
- die Leistungsprüfung ergibt, dass die *versicherte Person* an Krebs nach Ziffer 4 erkrankt ist. In diesem Fall erbringen wir ab Beginn des nächsten Monats nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen einer Krebserkrankung.

5.11 Ist die *versicherte Person* mehrmals mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben, ist die *Leistungsdauer* wegen Krankschreibung für alle eingetretenen Krankschreibungen zusammen auf 36 Monate beschränkt.

5.12 Der Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem Berufsunfähigkeit oder Krebs eingetreten ist und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, wird nicht auf die maximale *Leistungsdauer* wegen Krankschreibung von insgesamt 36 Monaten angerechnet.

Mitwirkungspflichten während des Leistungsbezugs
5.13 Wenn keine Krankschreibung mehr vorliegt, müssen Sie uns *unverzüglich* hierüber informieren. Der Leistungsanspruch aus diesem Vertrag entfällt ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankschreibung entfällt.

6 Welche sonstigen Regelungen gelten für Ihren Vertrag?

Geltungsbereich
6.1 Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Vereinbarte Ausschlüsse
6.2 Sollten Sie bei Abschluss dieses Vertrages mit uns Leistungsausschlüsse, Leistungseinschränkungen sowie Risikozuschläge vereinbart haben, gelten diese für die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, einer Krebserkrankung und Krankschreibung im Sinne dieser Bedingungen.

Kein gleichzeitiger Anspruch auf Leistungen
6.3 Die Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, einer Krebserkrankung oder Krankschreibung werden unabhängig voneinander geprüft und bewilligt.

Es besteht kein gleichzeitiger Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, einer Krebserkrankung und Krankschreibung. Die jeweiligen Leistungen sind separat zu beantragen.

Leistungsanspruch nach Ablauf der *Versicherungsdauer*
6.4 Haben Sie mit uns vereinbart, dass die *Leistungsdauer* länger als die *Versicherungsdauer* ist und wird uns ein *Leistungsfall* nach Ziffer 1 bis Ziffer 5 nach Ablauf der *Versicherungsdauer* mitgeteilt, können Sie Ansprüche, die durch den Eintritt eines *Leistungsfalles* vor Ablauf der *Versicherungsdauer* entstanden sind, auch nach Ablauf der *Versicherungsdauer* geltend machen.

Den Zeitraum der *Versicherungsdauer* und der *Leistungsdauer* können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Beitragszahlung bis zur Leistungsentscheidung
6.5 Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiterzahlen. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Auf Antrag werden wir die bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht noch fällig werdenden Beiträge zinslos stunden. Besteht danach kein Leistungsanspruch, müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Auf Antrag können Sie mit uns in diesem Fall eine Rückzahlung in Raten über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten oder, sofern möglich, eine Verrechnung im Rahmen einer Vertragsänderung (z.B. Beitragserhöhung oder eine Reduzierung der versicherten Leistungen) vereinbaren.

Unterstützung während der Vertragslaufzeit und im *Leistungsfall*
6.6 Wir unterstützen Sie und erteilen Ihnen Auskünfte während der gesamten Vertragslaufzeit bei Fragen zu Ihrem Versicherungsvertrag. Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, helfen wir Ihnen insbesondere bei folgenden Fragen:

- In welchem Umfang besteht der Versicherungsschutz?
- Welche Unterlagen und Nachweise müssen eingereicht werden?
- Wie kann die berufliche Tätigkeit beschrieben werden?
- Wie muss die Berufsunfähigkeit, Krebserkrankung oder Krankschreibung nachgewiesen werden?

Rechnungsgrundlagen
6.7 Der Berechnung der vereinbarten Versicherungsleistungen bei Berufsunfähigkeit liegen die *Berufsunfähigkeitstafeln* PH 2026 I und PH 2026 RI, die *Sterbetafeln* PH 2026 TA und PH 2026 TI sowie ein *Rechnungszins* in Höhe von 1,00 % zu Grunde.

Der Berechnung der vereinbarten Versicherungsleistungen bei Pflegebedürftigkeit liegen die *Pflegetafel* PH 2026 P und die *Sterbetafeln* PH 2026 TA und PH 2026 TP sowie ein *Rechnungszins* in Höhe von 1,00 % zu Grunde.

7 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

7.1 Sie erhalten eine Überschussbeteiligung. Diese richtet sich nach § 153 *VVG* in der jeweils zum Zeitpunkt der Zuteilung geltenden Fassung. Die Überschussbeteiligung umfasst nach der derzeitigen Fassung eine Beteiligung am Überschuss und an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den handelsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir das in einem Geschäftsjahr entstandene Rohergebnis unseres Unternehmens ermitteln und wie wir mit dem Anteil für die überschussberechtigten Verträge verfahren (Ziffer 7.2),
- wie Ihr Vertrag an diesem Anteil des Rohergebnisses beteiligt wird (Ziffer 7.3),
- wie die Bewertungsreserven entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Ziffer 7.4),
- warum wir die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können und warum sie auch Null Euro betragen kann (Ziffer 7.5) und
- wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Ziffer 7.6).

7.2 Wie ermitteln wir das in einem Geschäftsjahr entstandene Rohergebnis unseres Unternehmens und wie verfahren wir mit dem Anteil für die überschussberechtigten Verträge?

Das in einem Geschäftsjahr entstandene Rohergebnis ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften.

Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir unter Beachtung aufsichtsrechtlicher Vorgaben, derzeit insbesondere der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung), fest, welcher Teil des Rohergebnisses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht.

Das Rohergebnis entsteht aus 3 verschiedenen Quellen:

7.2.1 Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach der Mindestzuführungsverordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die *Versicherungsnehmer* insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die zur Finanzierung der vereinbarten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des versicherten Risikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher vor Eintritt des versicherten Risikos keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

7.2.2 Risikoergebnis

Überschüsse entstehen, wenn sich die Aufwendungen für das versicherte Risiko günstiger entwickeln als die bei der Beitragskalkulation zugrunde gelegten. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Verträge an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

7.2.3 Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Verträge nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn die Kosten niedriger sind als bei der Tarifkalkulation angenommen.

Die auf die Verträge entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut (*Direktgutschrift*).

Diese Rückstellung dient dazu, eine möglichst gleichmäßige Überschusszuteilung im Zeitablauf zu erreichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Verträge verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach den jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

7.3 Wie wird Ihr Vertrag an diesem Anteil des Rohergebnisses beteiligt?

Wir haben gleichartige Versicherungen (z.B. alle Rentenversicherungen oder alle Risikolebensversicherungen) in Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Innerhalb der Bestandsgruppen haben wir nach engeren Gleichartigkeitskriterien Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Den Überschussanteil verteilen wir auf die einzelnen Gewinnverbände nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

Ihr Vertrag gehört zum Gewinnverband Berufsunfähigkeitsversicherungen nach Tarifwerk 2026 in der Bestandsgruppe Berufsunfähigkeitsversicherungen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihr Vertrag jährlich Überschussanteile. Die Überschussanteile ergeben sich aus der Multiplikation der jeweils im Geschäftsbericht genannten Überschussanteilsätze mit ihrer jeweiligen Bemessungsgrundlage. Der Vorstand kann auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars jährlich sowohl die Überschussanteilsätze als auch die Bemessungsgrundlagen neu festsetzen. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der *Direktgutschrift* zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Die Verwendung der Überschussanteile wird im Antrag festgelegt und in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.

Die Bemessungsgrundlagen für die Überschussanteile werden nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Dabei werden für die Berechnung der vereinbarten Leistungen die in Ziffer 6.7 genannten *Rechnungsgrundlagen* verwendet.

Zuteilung und Verwendung der laufenden Überschussanteile vor Eintritt des *Leistungsfalles*

7.3.1 Sofortgewinnbeteiligung (SGB)

Während der beitragspflichtigen Zeit erhält ihr Vertrag jeweils zu Beginn einer *Versicherungsperiode* einen laufenden Überschussanteil, der mit jedem fälligen Beitrag verrechnet wird. Die Bemessungsgrundlage für den laufenden Überschussanteil ist der für die *Versicherungsperiode* fällige Beitrag.

7.3.2 Verzinsliche Ansammlung

Während der beitragsfreien Zeit erhält Ihr Vertrag jeweils am Ende eines Versicherungsjahres einen laufenden Überschussanteil, der verzinslich angesammelt wird und das Ansammlungsguthaben Ihres Vertrages bildet. Das Ansammlungsguthaben wird bei Beendigung des Vertrages fällig.

Wird die *versicherte Person* pflegebedürftig nach Ziffer 3, ermitteln wir die Höhe des Ansammlungsguthabens zum Zeitpunkt der Entstehung des Leistungsanspruchs. Das Ansammlungsguthaben wird zum Fälligkeitszeitpunkt der ersten Rente ausgezahlt.

Für beitragsfreie Verträge ist das *Deckungskapital* zu Beginn des Versicherungsjahres die Bemessungsgrundlage.

Zuteilung und Verwendung der laufenden Überschussanteile nach Eintritt des *Leistungsfalles*

7.3.3 Steigende Überschussrente (Rente)

Für die Berufsunfähigkeitsrente erhält Ihr Vertrag im Leistungsbezug am Ende eines Versicherungsjahres, erstmals am Ende des ersten vollständigen Versicherungsjahres, das auf den Eintritt des *Leistungsfalles* folgt, eine beitragsfreie Zusatzrente. Die Zusatzrente wird in Prozent der jeweiligen Berufsunfähigkeitsrente des Vorjahres ermittelt.

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

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz nach handelsrechtlichen Vorschriften ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach den gesetzlichen Vorschriften ermittelt und nach den aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Verfügung stehen, ordnen wir den anspruchsberechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zu. Da die Beiträge Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung zur Risikoabdeckung verwendet werden und für die Bildung von Kapitalanlagen keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung stehen, entfallen auf Ihren Vertrag keine oder nur geringe Bewertungsreserven.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir

- jährlich neu, zusätzlich auch
- für den Zeitpunkt der Beendigung eines Vertrages vor dem Eintritt eines *Leistungsfalles* sowie
- für den Beginn der Rentenzahlung.

Im Rahmen des verursachungsorientierten Verfahrens bestimmen wir den Ihrem Vertrag individuell rechnerisch zuzuordnenden Betrag der Bewertungsreserven als Anteil an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven aller anspruchsberechtigten Verträge.

Wir beteiligen Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven bei

- Beendigung des Vertrages (durch Tod, Kündigung oder Ablauf der *Versicherungsdauer*) oder
- zu Beginn der Rentenzahlung.

Wir teilen Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt rechnerisch zuzuordnenden Anteil an den Bewertungsreserven nach der jeweils geltenden gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Regelung zu. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 *VVG* eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Gesetzliche und aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

7.5 Warum können wir die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann daher nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

7.6 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

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

8 Wer erhält die Leistungen?

8.1 Als unser *Versicherungsnehmer* können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

Bezugsberechtigung

8.2 Im *Leistungsfall* erbringen wir die Leistungen aus diesem Vertrag grundsätzlich an die *versicherte Person*. Sie können uns jedoch widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (*Bezugsberechtigter*).

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der *Bezugsberechtigte* das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen *Leistungsfalles*. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen *Leistungsfalles* jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener *Leistungsfall* ein.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der *Bezugsberechtigte* sofort und **unwiderruflich** die Ansprüche aus dem Vertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

8.3 Sie können Ihr Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des *Leistungsfalles* an Dritte auch abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

8.4 Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in *Textform* angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser *Versicherungsnehmer*. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen (z.B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) vorgenommen haben.

9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

9.1 Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und ab wann wir eine Leistungspflicht anerkennen.

9.2 Diese Erklärung geben wir innerhalb von 10 Tagen nach Vorliegen aller entscheidungserheblichen Unterla-

gen (siehe Ziffer 12) ab. Dabei sprechen wir kein befristetes Anerkenntnis aus. Wir informieren Sie während der Prüfung alle 4 Wochen über den Sachstand und fordern zeitnah fehlende Unterlagen an.

10 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrages in *Textform* oder durch Aushändigung des Versicherungsscheins erklärt haben. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht kein Versicherungsschutz. Mit Beginn des Versicherungsschutzes ist der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) zu zahlen (siehe Ziffer 17.2). Unsere Leistungspflicht entfällt bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (siehe Ziffer 18).

Vorvertragliche Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

11.1 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, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

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

11.2 Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese zur wahrheitsgemäßen und vollständigen Beantwortung der Fragen verpflichtet.

11.3 Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

11.4 Bei einer Verletzung der Anzeigepflicht haben wir verschiedene Rechte. Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir diese Rechte ausüben können.

Rücktritt

11.5 Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag, möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz), auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

11.6 Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des *Leistungsfalles* zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn sich die Anzeigepflichtverletzung auf einen gefahrerheblichen Umstand bezieht, der

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

ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

11.7 Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir das *Deckungskapital* nach Ziffer 21.2. Darüber hinaus zahlen wir den Teil des laufenden Beitrags zurück, der auf den Teil der laufenden *Versicherungsperiode* nach Wirksamwerden der Rücktrittserklärung entfällt. Die Rückzahlung der gesamten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

11.8 Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben weder Sie noch die *versicherte Person* die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht.

11.9 Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag, möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz), auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

11.10 Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung in einen beitragsfreien Vertrag um (siehe Ziffer 21).

Rückwirkende Vertragsänderung

11.11 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag, möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz), auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben weder Sie noch die *versicherte Person* die Anzeigepflichtverletzung zu vertreten, verzichten wir auf eine Vertragsänderung.

11.12 Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn wir

- im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- 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
11.13 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in *Textform* auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

11.14 Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

11.15 Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

11.16 Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der *Leistungsfall* vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

Anfechtung
11.17 Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist (arglistige Täuschung). Handelt es sich um Angaben der *versicherten Person*, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.

11.18 Im Fall der Anfechtung haben Sie keinen Versicherungsschutz. Der Vertrag wird aufgehoben. Ziffer 11.7 gilt entsprechend.

11.19 Wir können den Vertrag nur innerhalb eines Jahres anfechten. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der arglistigen Täuschung Kenntnis erlangen. Unser Recht zur Anfechtung erlischt, wenn seit der arglistigen Täuschung 10 Jahre vergangen sind.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung des Vertrages
11.20 Ziffer 11.1 bis Ziffer 11.19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute *Risikoprüfung* vorgenommen wird. Die Fristen nach Ziffer 11.16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger
11.21 Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine *schriftliche* Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein *Bezugsberechtigter* als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein *Bezugsberechtigter* vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

12 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Mitwirkungspflichten
12.1 Wird eine Leistung aus diesem Vertrag beansprucht, können wir die Vorlage

- eines amtlichen Zeugnisses über den Tag der Geburt der *versicherten Person*;
- einer Darstellung der Ursache für den Eintritt des *Leistungsfalles*;
- ausführlicher, aussagekräftiger Befundberichte der Fachärzte, die die *versicherte Person* gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der *versicherten Person* sowie über
  - den Grad der Berufsunfähigkeit oder
  - den Pflegegrad;
- einer Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs der *versicherten Person*, deren Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- von Angaben über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
- bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich des Leistungsbescheides des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung in Deutschland sowie des dem Bescheid zugrunde liegenden Gutachtens über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- einer Aufstellung
  - der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die *versicherte Person* in Behandlung war, ist oder, sofern bekannt, sein wird,
  - der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die *versicherte Person* ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend gemacht hat oder machen könnte,
  - über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der *versicherten Person*;
- bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 *IFSG* zusätzlich des Bescheides über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen;
- bei Berufsunfähigkeit wegen Erwerbsminderung des Bescheides eines Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung;
- bei Berufsunfähigkeit wegen Dienstunfähigkeit zusätzlich des Zeugnisses des Amtsarztes oder eines vom Dienstherrn als Gutachter beauftragten Arztes,

des rechtsmittelfähigen Bescheides und der Urkunde über die Versetzung in den Ruhestand oder die Entlassung aus dem öffentlichen Dienst;

- bei einer Krebserkrankung zusätzlich eines onkologischen Facharztberichtes, der den Zeitpunkt der Erstdiagnose, die Ursache und die Art und Ausbreitung der Krebserkrankung enthält;
- bei Leistungen wegen Krankschreibung zusätzlich entsprechender fachärztlich ausgestellter Bescheinigungen (siehe Ziffer 5)

verlangen.

12.2 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise, auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen, verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Hält sich die *versicherte Person* im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Aufenthaltskosten.

Fälligkeit der Leistungen und Folgen der Verletzung der Mitteilungspflichten
12.3 Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des *Leistungsfalles* 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 Verletzung der genannten Mitwirkungspflichten kann somit dazu führen, dass wir nicht leisten.

Kosten
12.4 Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

12.5 Unsere Leistungen überweisen wir der empfangsberechtigten Person. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des einheitlichen Euro-Zahlungsverkehrsraums "SEPA" (dieser umfasst derzeit die Europäische Union, Island, Norwegen, die Schweiz, Liechtenstein, Monaco, San Marino, Andorra, den Staat Vatikanstadt und das Vereinigte Königreich) trägt die empfangsberechtigte Person auch die damit verbundene Gefahr.

Sollten uns durch die Übermittlung Kosten entstehen, so werden wir Ihnen nur uns entstandene Kosten im Rahmen der gesetzlichen Schadenersatzansprüche in Rechnung stellen.

13 Welche Schadenminderungspflichten sind nach Eintritt eines *Leistungsfalles* zu beachten?

Die *versicherte Person* ist ab Eintritt eines *Leistungsfalles* verpflichtet, zumutbaren sach- und fachkundigen ärztlichen verordneten Maßnahmen zu folgen, wenn Aussicht auf wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung besteht. Hierzu gehört es

- ein geeignetes Hilfsmittel (z.B. Seh- und Hörhilfen, orthopädische und andere medizinisch-technische Hilfen) zu verwenden;
- an zumutbaren Heilbehandlungen teilzunehmen. Zumutbare Heilbehandlungen sind Maßnahmen, die nicht mit Gefahren oder besonderen Schmerzen verbunden sind (z.B. Einhalten einer medizinisch begründeten Diät, Teilnahme an Kur- und Rehamaßnahmen, die Einnahme verordneter Medikamente, die Durchführung logopädischer oder physiotherapeutischer Behandlungen). Behandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

14 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Nachprüfung
14.1 Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Leistungsvoraussetzungen im Sinne dieser Bedingungen nachzuprüfen. Dabei können wir erneut prüfen, ob die *versicherte Person* eine andere Tätigkeit im Sinne von Ziffer 2.5 ausübt, wobei neu erworbene berufliche Fähigkeiten zu berücksichtigen sind.

14.2 Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte (z.B. ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte, Unterlagen über eine ausgeübte Tätigkeit der *versicherten Person* sowie Einkünfte aus dieser Tätigkeit) anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die *versicherte Person* durch von uns zu beauftragende Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen der Ziffer 12.2 gelten entsprechend.

Leistungsfreiheit
14.3 Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in Ziffer 2 bis Ziffer 4 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in *Textform* darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des 3. Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie die Beiträge wieder zahlen, sofern die vereinbarte *Beitragszahlungsdauer* noch nicht abgelaufen ist.

15 Welche Folgen haben die Verletzungen von Mitwirkungs- und Schadensminderungspflichten nach Eintritt eines *Leistungsfalles*?

Solange eine Mitwirkungspflicht und Schadensminderungspflichten nach Ziffer 12 bis Ziffer 14 von Ihnen, der *versicherten Person* oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt werden, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in *Textform* auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Unsere Leistungspflicht bleibt bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass

- die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist oder
- die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Leistungsausschlüsse und -einschränkungen

16 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

16.1 Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der *Leistungsfall*

- durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die *versicherte Person*. Nicht unter diesen Ausschluss fallen daher fahrlässig oder grob fahrlässig begangene Straftaten sowie alle Ordnungswidrigkeiten, z.B. im Straßenverkehr;
- durch innere Unruhen, wenn die *versicherte Person* auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- durch folgende von der *versicherten Person* vorgenommene Handlungen:
  - absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
  - absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall,
  - absichtliche Selbstverletzung oder
  - versuchte Selbsttötung.

eingetreten ist.

Es besteht Versicherungsschutz, wenn uns nachgewiesen wird, dass die *versicherte Person* diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat.

- durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als *Versicherungsnehmer* vorsätzlich den *Leistungsfall* der *versicherten Person* herbeigeführt haben;
- durch Strahlen infolge Kernenergie. Die Strahlen gefährden das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart, dass eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung sie abwehren oder bekämpfen muss;
- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse in der Bundesrepublik Deutschland;
- durch aktive Beteiligung der *versicherten Person* an Kriegsereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland;
- durch unmittelbare oder mittelbare Folgen
  - eines vorsätzlichen Einsatzes von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
  - eines Einsatzes oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen deren Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

Die durch den Einsatz oder das Freisetzen verursachten *Leistungsfälle* erhöhen den Leistungsbedarf gegenüber den *Rechnungsgrundlagen* für die Berechnung der *Deckungsrückstellung* so sehr, dass die dauernde Erfüllbarkeit der versicherten Leistungen beeinträchtigt wird. Ein unabhängiger Treuhänder muss dies innerhalb von 12 Monaten nach dem Ereignis bestätigen.

Beitragszahlung

17 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

17.1 Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie durch laufende Beiträge für jede *Versicherungsperiode* bis zum Ablauf der vereinbarten *Beitragszahlungsdauer* entrichten. *Versicherungsperiode* ist entsprechend der Beitragszahlungsweise ein Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.

17.2 Den ersten Beitrag müssen Sie

- *unverzüglich* nach Abschluss des Vertrages,
- aber nicht vor dem vereinbarten Versicherungsbeginn

zahlen.

Das Datum des Versicherungsbeginns finden Sie im Versicherungsschein. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten *Versicherungsperiode* fällig.

Während der Zahlung der Rente sind Sie von der Beitragszahlungspflicht befreit.

17.3 Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und auf Ihre Kosten.

18 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

18.1 Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis einschließlich des Fälligkeitstages (Ziffer 17.2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn

- der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und
- Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

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, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

Erster Beitrag
18.2 Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur *Risikoprüfung* durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

18.3 Ist der erste Beitrag bei Eintritt des *Leistungsfalles* noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag
18.4 Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, können wir Ihnen nach § 38 *VVG* auf Ihre Kosten in *Textform* eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

18.5 Für einen *Leistungsfall*, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des *Leistungsfalles* noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

18.6 Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den 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.

18.7 Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie allerdings nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder
- innerhalb eines Monats nach Fristablauf, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist.

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

18.9 Können Sie einen Folgebeitrag nicht zahlen, bieten wir Ihnen umfangreiche Möglichkeiten zur Anpassung (siehe Ziffer 19 und Ziffer 21). Sie können sich jederzeit an uns wenden, um die verschiedenen Möglichkeiten zu besprechen.

19 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Änderung der Zahlungsweise
19.1 Sie können eine Änderung der Zahlungsweise (monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich) verlangen. Dabei werden der jährliche Beitragsaufwand oder die Versicherungsleistungen entsprechend angepasst.

Zahlungsaufschub (Stundung der Beiträge)
19.2 Bei Zahlungsschwierigkeiten werden wir auf Ihren Wunsch einen zinslosen Zahlungsaufschub (zinslose Stundung) der Beiträge Ihrer Versicherung für einen Zeitraum von maximal 12 Monaten mit Ihnen vereinbaren. Ihr Versicherungsschutz bleibt in dieser Zeit vollständig erhalten.

Der Zahlungsaufschub ist nur möglich, wenn:

- vor der ersten Stundung der Vertrag seit mindestens 1 Jahr bestanden hat,
- die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens 3 Jahre beträgt,
- der Vertrag nicht gekündigt wurde und
- der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z.B. aus einer vorangegangenen Stundung).

Endet der Zahlungsaufschub, stehen Ihnen mehrere Möglichkeiten zur Nachzahlung der ausstehenden Beiträge zur Verfügung:

Sie können

- die ausstehenden Beiträge in einem Betrag oder
- in monatlicher, vierteljährlicher oder halbjährlicher Ratenzahlung über einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten nach dem Ende des Zahlungsaufschubes nachzahlen oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Alternativ können Sie die Herabsetzung der vereinbarten Versicherungsleistung verlangen, wenn diese den Mindestbetrag nach unseren „Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen“ nach Ziffer 28.4 erreicht.

19.3 Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung verrechnen wir etwaige Beitragsrückstände mit der Leistung.

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

Beitragsfreistellung
19.5 Sie können Ihren Vertrag ganz oder teilweise nach Ziffer 21 beitragsfrei stellen. Eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne erneute *Risikoprüfung* ist nur unter den Voraussetzungen nach Ziffer 21.8 möglich.

Kündigung und Beitragsfreistellung

20 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?

Kündigung
20.1 Sofern keine anerkannten oder festgestellten Ansprüche bestehen, können Sie Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss einer *Versicherungsperiode* in *Textform* kündigen.

Ansprüche aus diesem Vertrag, die auf bereits vor dem Wirksamwerden der Kündigung des Vertrages eingetretenen *Leistungsfällen* beruhen, werden durch die Kündigung des Vertrages nicht berührt.

Auswirkung der Kündigung
20.2 Ihr Vertrag wird zu dem von Ihnen benannten Termin beendet. Sie haben keinen Anspruch auf einen *Rückkaufswert* oder die Rückzahlung von Beiträgen.

Ein gegebenenfalls vorhandenes Guthaben aus der verzinslichen Ansammlung nach Ziffer 7.3.2 sowie den Ihrem Vertrag zugeteilten Anteil an den Bewertungsreserven zahlen wir aus.

21 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Auswirkungen hat dies auf die Leistungen?

Beitragsfreistellung
21.1 Bei Verträgen mit laufender Beitragszahlung können Sie anstelle einer Kündigung nach Ziffer 20 in *Textform* verlangen, zum Schluss einer *Versicherungsperiode* ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

Ansprüche aus diesem Vertrag, die auf bereits vor dem Wirksamwerden der Beitragsfreistellung des Vertrages eingetretenen *Leistungsfällen* beruhen, werden durch die Beitragsfreistellung des Vertrages nicht berührt.

Auswirkungen auf die Leistungen
21.2 Bei einer **vollständigen Beitragsfreistellung** setzen wir die vereinbarten Leistungen auf beitragsfreie Leistungen herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet werden.

Für die Bildung der beitragsfreien Leistungen steht das mit den *Rechnungsgrundlagen* der Beitragskalkulation berechnete *Deckungskapital* für die vereinbarten Versicherungsleistungen, mindestens jedoch der Betrag des *Deckungskapitals*, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe Ziffer 27.5) angesetzten tariflichen einmaligen Abschlusskosten auf die ersten 5 Vertragsjahre, höchstens auf die vereinbarte *Beitragszahlungsdauer*, ergibt, zur Verfügung.

21.3 Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreichen die nach Ziffer 21.2 zu berechnenden beitragsfreien Leistungen nicht den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" nach Ziffer 28.4, endet der Vertrag. Sie haben keinen Anspruch auf einen *Rückkaufswert*.

21.4 Von dem ermittelten Wert nach Ziffer 21.2 nehmen wir einen Abzug vor. Die konkrete Höhe des für Ihren Vertrag für jedes Jahr der *Versicherungsdauer* geltenden Abzugs können Sie der Garantiewertetabelle entnehmen. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug aus folgenden Gründen für angemessen:

- Bei einer Beitragsfreistellung verändert sich die Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes. Mit dem Abzug wird dies ausgeglichen.
- Mit dem Abzug wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen.
- Darüber hinaus entstehen bei einer Beitragsfreistellung erhöhte Verwaltungskosten, die in der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt wurden. Durch den Abzug wird ein Ausgleich der dem Kollektiv entstandenen Kosten herbeigeführt.
- Mit der Überschussverwendung "Sofortgewinnbeteiligung" nach Ziffer 7.3.1 beteiligen wir Sie im Voraus an Überschüssen, die zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch nicht vollständig entstanden sind. Durch den Abzug werden die durch Vorauszahlung von noch nicht entstandenen Überschussanteilen finanzierten Beiträge ausgeglichen.

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.

Beitragsrückstände werden von dem um den Abzug verminderten *Deckungskapital* abgezogen.

21.5 Bei einer **teilweisen Beitragsfreistellung** setzen wir die Leistungen unter Berücksichtigung des verbleibenden Beitrags und des aus Ihrem Vertrag nach Ziffer 21.2 zur Verfügung stehenden *Deckungskapitals* nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung der *Rechnungsgrundlagen* der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden *Versicherungsperiode* herab.

Nähere Informationen zu beitragsfreien Leistungen können Sie Ihrer Garantiewerttabelle entnehmen. Bei teilweiser Beitragsfreistellung hängt die Höhe der herabgesetzten Leistungen von der Höhe des verbleibenden Beitrags und vom Zeitpunkt der Vertragsumstellung ab.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn sowohl die herabgesetzte Rente als auch der verbleibende Beitrag jeweils den Mindestbetrag nach unseren "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" nach Ziffer 28.4 erreicht.

Hinweise zu einer Beitragsfreistellung
21.6 Da aus den gezahlten Beiträgen auch Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Ziffer 27) sowie Kosten für die Verwaltung finanziert werden, sind keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Leistung vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge, gemessen an den gezahlten Beiträgen, keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Leistung vorhanden.

Keine Beitragsrückzahlung
21.7 Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Wiederherstellung des Versicherungsschutzes
21.8 Innerhalb von 6 Monaten nach Beitragsfreistellung Ihres Vertrages können Sie in *Textform* verlangen, dass die Versicherungsleistung maximal bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung aufgrund von Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Ziffer 21.9 angehoben wird, ohne dass eine *Risikoprüfung* erforderlich ist.

21.9 Um nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherzustellen, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, können Sie

- die Beiträge begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Statt einer vollständigen Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, so wie dieser vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, können Sie die Wiederaufnahme der Beitragszahlung verlangen.

21.10 Bei der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes berechnen wir die Beiträge und Versicherungsleistungen

- nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik
- unter Berücksichtigung des zum Zeitpunkt der Wiederherstellung erreichten *rechnungsmäßigen Alters* der *versicherten Person* und
- der restlichen Laufzeit des Vertrages.

Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

22 Was bedeutet das Recht auf Anpassung an den persönlichen Bedarf?

22.1 Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz Ihres Vertrages ohne erneute *Risikoprüfung* im Rahmen von Ziffer 23 und Ziffer 24 zu erhöhen.

22.2 Bestehen bei der Provinzial Lebensversicherung Hannover mehrere Verträge mit persönlichem Anpassungsrecht auf das Leben derselben *versicherten Person*, kann das Erhöhungsrecht nur für einen Vertrag in Anspruch genommen werden.

23 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne *Risikoprüfung* im Rahmen der Anpassung an den persönlichen Bedarf erhöhen?

Ereignisunabhängige Erhöhung
23.1 Sie haben innerhalb der ersten 5 Jahre nach Beginn des Vertrages ein einmaliges ereignisunabhängiges Erhöhungsrecht.

Das Recht auf ereignisunabhängige Erhöhung endet, wenn

- die *versicherte Person* das 35. Lebensjahr vollendet hat,
- der ursprüngliche Vertrag beitragsfrei gestellt ist,
- die Beitragszahlungen Ihres Vertrages gestundet sind,
- der Vertrag aufgrund einer Erhöhung nach Ziffer 24.3 zustande gekommen ist,
- eine Leistung erbracht wird bzw. wurde. Dies gilt auch, wenn die Zahlung einer Leistung wieder eingestellt wurde,
- eine Leistung beantragt wurde oder
- ein *Leistungsfall* aus dem ursprünglichen Vertrag eingetreten ist oder für die *versicherte Person* vorhersehbar war.

Aus einer entgegen diesen Umständen zustande gekommenen Erhöhung werden keine Leistungen gewährt. Die Erhöhung entfällt rückwirkend.

Ereignisabhängige Erhöhung
23.2 Sie haben ein Erhöhungsrecht nach Eintritt folgender Lebensereignisse bei der *versicherten Person*:

- Heirat bzw. Begründung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes,
- erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung,
- erstmalige Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit als Hauptberuf,
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttojahresarbeitseinkommens bei nichtselbstständiger Tätigkeit um mindestens 10 % innerhalb der letzten 3 aufeinanderfolgenden Kalenderjahre. Unter Bruttojahresarbeitseinkommen fallen regelmäßige Sonderzahlungen wie Weihnachts- oder Urlaubsgeld, jedoch keine einmaligen finanziellen Zuwendungen, wie z.B. Bonuszahlungen, Tantiemen, Coronahilfen, sonstige Sonderzahlungen,
- das regelmäßige Bruttojahresarbeitseinkommen bei nicht-selbstständiger Tätigkeit überschreitet erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung,
- Erwerb einer selbst bewohnten Immobilie,
- Kürzung der gesetzlichen Rentenanwartschaften durch das Gesetz,
- Wegfall oder Kürzung einer berufsbedingten, insbesondere berufsständischen oder betrieblichen Altersversorgung,
- Befreiung eines selbstständigen Handwerkers von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zum Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungszeit erfüllt ist.

23.3 Wenn Sie von Ihrem Erhöhungsrecht Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises (z.B. Geburtsurkunde, amtliche Bestätigung bzw. amtlicher Bescheid, notarieller Kaufvertrag, Gehaltsabrechnung, Arbeitsvertrag, Abschlusszeugnis, Gewerbe-Anmeldebestätigung, usw.) in *Textform* beantragen. Ansonsten ist eine *Risikoprüfung* erforderlich.

Die Geburt von Mehrlingen und eine Mehrfachadoption gelten als ein einmaliges Ereignis.

23.4 Das Recht auf Erhöhung endet, wenn

- die *versicherte Person* das 50. Lebensjahr vollendet hat,
- der Vertrag beitragsfrei gestellt ist,
- die Beitragszahlungen Ihres Vertrages gestundet sind,

- der Vertrag aufgrund einer Erhöhung nach Ziffer 24.3 zustande gekommen ist,
- eine Leistung erbracht wird bzw. wurde. Dies gilt auch, wenn die Zahlung einer Leistung wieder eingestellt wurde,
- eine Leistung beantragt wurde oder
- eine Leistung aus dem Vertrag eingetreten ist bzw. beantragt wurde oder für die *versicherte Person* vorhersehbar war.

Aus einer entgegen diesen Umständen zustande gekommenen Erhöhung werden keine Leistungen gewährt. Die Erhöhung entfällt rückwirkend.

24 Wie und in welchem Umfang können Sie Ihren Versicherungsschutz im Rahmen der Anpassung an den persönlichen Bedarf erhöhen?

24.1 Soweit nichts anderes vereinbart wird, gelten für den Erhöhungsvertrag die vertraglichen Vereinbarungen und Erklärungen einschließlich der Bezugsrechtsverfügung sowie die Annahmeentscheidung des ursprünglichen Vertrages. Vereinbarte Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse und Risikozuschläge gelten auch für die Erhöhungsversicherung.

24.2 Eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes kann nur ohne *Risikoprüfung* erfolgen, sofern folgende Voraussetzungen gegeben sind:

- Die gesamten versicherten Jahresrenten einschließlich Erhöhung und anderweitig versicherter privater Berufs- bzw. Erwerbsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit sind nicht höher als 60 % des letzten regelmäßigen Bruttojahresarbeitseinkommens der *versicherten Person*.
- Die versicherte Jahresrente wird mindestens um 600 EUR erhöht.
- Die versicherte Jahresrente kann innerhalb eines Kalenderjahres höchstens um 6.000 EUR erhöht werden.
- Die gesamte versicherte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen entspricht höchstens dem Betrag von 36.000 EUR.
- Die Summe aller Erhöhungen entspricht höchstens der ursprünglich vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.
- Bei Verträgen, die durch Umtausch aus dem Tarif BerufsunfähigkeitsSchutz für Junge Erwachsene entstanden sind, entspricht die Summe aller Erhöhungen höchstens der Berufsunfähigkeitsrente des Tarifes BerufsunfähigkeitsSchutz für Junge Erwachsene.

24.3 Die Erhöhung erfolgt durch einen vergleichbaren Tarif mit den dann für Neuverträge gültigen *Rechnungsgrundlagen*, Versicherungsbedingungen, Steuerregelungen sowie dem dann maßgeblichen *rechnungsmäßigen Alter*, dem zum Zeitpunkt der Erhöhung ausgeübten Beruf und der Risikogruppe der *versicherten Person* sowie der verbleibenden Restlaufzeit des ursprünglichen Vertrages, sofern wir einen vergleichbaren Tarif anbieten.

Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten
24.4 Wenn wir nach der Ausübung des Anpassungsrechtes eine Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht im ursprünglichen Vertrag feststellen, gelten die gesetzlichen Rechtsfolgen der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nach §§ 19 bis 22 *VVG* auch für den neu abgeschlossenen Vertrag.

25 Wann können Sie die vereinbarte *Versicherungsdauer* Ihres Vertrages verlängern?

25.1 Nach einer Erhöhung der Regelaltersgrenze

- in der Deutschen Rentenversicherung, unabhängig davon, ob die *versicherte Person* in der Deutschen Rentenversicherung versichert ist oder
- in einem berufsständigen Versorgungswerk, in dem die *versicherte Person* versichert ist,

können Sie ohne erneute *Risikoprüfung* innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung in *Textform* beantragen, dass wir die *Versicherungsdauer* und die *Leistungsdauer* Ihres Vertrags um volle Jahre verlängern. Der Vertrag kann maximal um die Anzahl der Jahre, um die die Regelaltersgrenze angehoben wurde, verlängert werden.

25.2 Die *Versicherungsdauer* und die *Leistungsdauer* Ihres Vertrages können Sie verlängern, sofern alle nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Der Vertrag ist nicht beitragsfrei gestellt.
- Die Beitragszahlungen Ihres Vertrages sind nicht gestundet.
- Sie sind mit den Beitragszahlungen nicht im Rückstand.
- Die *versicherte Person* hat das 56. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die *Versicherungsdauer* Ihres Vertrages wurde mindestens bis zum 60. Lebensjahr der *versicherten Person* vereinbart.
- Das Alter der *versicherten Person* bei Ablauf der *Versicherungsdauer* und der *Leistungsdauer* überschreitet nach der Verlängerung nicht das jeweils festgelegte Höchstalter für den versicherten Beruf nach unseren Tarifen.
- Es wurde noch keine Leistung erbracht. Dies gilt auch, wenn die Zahlung einer Leistung wieder eingestellt wurde.
- Es wurde noch keine Leistung beantragt.
- Es ist kein *Leistungsfall* aus dem ursprünglichen Vertrag eingetreten oder war für die *versicherte Person* vorhersehbar.

Aus einer entgegen diesen Umständen zustande gekommenen Verlängerung werden keine Leistungen gewährt. Die Verlängerung entfällt rückwirkend.

25.3 Die versicherten Leistungen bleiben bei der Verlängerung unverändert bestehen. Die *Beitragszahlungsdauer* verlängert sich zusammen mit der *Versicherungsdauer*. Vereinbarte Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse sowie Risikozuschläge gelten auch für die verlängerte *Versicherungs-* und *Leistungsdauer*.

25.4 Um den Beitrag für die Verlängerung der *Versicherungs-* und *Leistungsdauer* berechnen zu können, können für diese Verlängerung angepasste *Rechnungsgrundlagen* verwendet werden. Dies kann erforderlich sein, wenn die ursprünglich verwendeten *Rechnungsgrundlagen* die geänderte Regelaltersgrenze noch nicht berücksichtigen. Die Anpassung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik und berücksichtigt die dann gültigen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

25.5 Die Verlängerung hat keinen Einfluss auf den Ablauf der unter Ziffer 11 genannten Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht.

26 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

26.1 Wenn die *versicherte Person* innerhalb der ersten 5 Jahre nach Beginn des Vertrages ihren Beruf wechselt, können Sie eine Überprüfung des zu zahlenden Beitrags aufgrund eines Berufswechsels ohne erneute *Risikoprüfung* verlangen.

26.2 Die Überprüfung können Sie unter folgenden Voraussetzungen verlangen:

- die *versicherte Person* hat das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet und
- die *versicherte Person* übt den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten aus.

Wenn Sie von Ihrem Recht auf Überprüfung Gebrauch machen möchten, müssen Sie uns den Berufswechsel unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises in *Textform* mitteilen. Der Nachweis entfällt, wenn die *versicherte Person* vor dem Wechsel Schüler oder Student war.

26.3 Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel (bzw. bei Schülern oder Studenten die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit) zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende *Versicherungsdauer* geltenden Beitrag nach den für Ihren Vertrag vereinbarten *Rechnungsgrundlagen*. Ansonsten führen wir Ihren Vertrag mit unverändertem Beitrag weiter. Eine Reduzierung des Beitrags führen wir zum Beginn der *Versicherungsperiode* durch.

26.4 Die versicherten Leistungen bleiben unverändert. Vereinbarte Leistungseinschränkungen, Leistungsausschlüsse sowie Risikozuschläge gelten weiterhin.

Kosten

27 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

27.1 Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind bereits bei der Kalkulation der Beiträge berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Abschluss- und Vertriebskosten
27.2 Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

Übrige Kosten
27.3 Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung.

Höhe der einkalkulierten Kosten
27.4 Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten können Sie dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten entnehmen.

27.5 Auf Ihren Vertrag wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 *DeckRV* an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung von Abschlusskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der nach gesetzlichen Regelungen für Leistungen im *Leistungsfall*, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen *Versicherungsperiode* und für die Bildung einer *Deckungsrückstellung* bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

27.6 Die Vertriebskosten werden über die gesamte *Beitragszahlungsdauer* verteilt.

27.7 Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit.

27.8 Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistung nach Ziffer 21 vorhanden sind. Nähere Informationen zu den beitragsfreien Renten und ihren jeweiligen Höhen können Sie der Garantiewerttabelle entnehmen.

28 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung und welche tarifabhängigen Begrenzungen gelten?

Sonstige Kosten und öffentliche Abgaben
28.1 Falls uns aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen, ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (sonstige Kosten) gesondert in Rechnung stellen. Dies sind beispielsweise Kosten, die uns entstehen, wenn Sie mit der Beitragszahlung in Verzug sind.

Die derzeit gültigen sonstigen Kosten können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können diese Kosten in angemessener Weise

neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils unterrichten.

28.2 Wir haben uns bei der Bemessung der sonstigen Kosten an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Diesen werden wir auf Ihr Verlangen nachweisen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die sonstigen Kosten in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen müssen, werden sie entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die sonstigen Kosten in Ihrem konkreten Fall nicht angefallen sind, entfallen sie.

28.3 Alle etwaigen öffentlichen Abgaben (z.B. Steuern), die von uns für Ihren Vertrag abzuführen sind, verrechnen wir mit den Leistungen bzw. sind uns zu erstatten.

Tarifabhängige Begrenzungen
28.4 Für Ihren Vertrag gelten bestimmte tarifabhängige Begrenzungen. Die derzeit gültigen Begrenzungen können Sie den als Anlage beigefügten "Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen" entnehmen. Diese Bestimmungen sind Bestandteil dieser Bedingungen. Wir können die Begrenzungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils unterrichten.

Sonstige Vertragsbestimmungen

29 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

29.1 Wir können Ihnen den Versicherungsschein in *Textform* übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

29.2 Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere um Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

30 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

30.1 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns *unverzüglich* mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

30.2 Bei Änderung Ihres Namens gilt Ziffer 30.1 entsprechend.

31 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

31.1 Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich sind.

31.2 Notwendige Informationen nach Ziffer 31.1 sind insbesondere Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
- der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
- der Steuerpflicht des Leistungsempfängers

wichtig sein können.

Welche dies im Einzelnen sind, können Sie dem "Merkblatt über geltende Steuerregelungen" entnehmen.

Folgen der Verletzung der Mitwirkungspflichten
31.3 Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht, nicht richtig, nicht vollständig oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Wir melden Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden, soweit eine entsprechende gesetzliche Verpflichtung besteht. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

31.4 Eine Pflichtverletzung 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.

32 Wann verjähren Ansprüche aus dem Vertrag?

32.1 Ansprüche aus diesem Vertrag verjähren innerhalb der gesetzlichen Frist von 3 Jahren (§ 195 *BGB*). Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Anspruchserhebende von den anspruchsbegründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

32.2 Lässt der Anspruchserhebende die Verjährungsfrist verstreichen, ohne dass er den Anspruch gerichtlich geltend macht, sind Ansprüche, soweit sie nicht bereits von uns anerkannt sind, ausgeschlossen.

33 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

34 Welche außergerichtlichen Schlichtungs- oder Beschwerdestellen können Sie in Anspruch nehmen?

Unser Beschwerdemanagement
34.1 Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an unsere interne Beschwerdestelle wenden.

Anschrift:
VGH Versicherungen
Provinzial Lebensversicherung Hannover
Schiffgraben 4, 30159 Hannover

Postanschrift: 30140 Hannover
Internet: www.vgh.de/beschwerde
E-Mail: beschwerde@vgh.de

Versicherungsombudsmann e.V.
34.2 Der Versicherungsombudsmann e.V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Es gilt die Verfahrensordnung des Versicherungsombudsmanns e.V. Den Versicherungsombudsmann e.V. können Sie über folgende Wege erreichen:

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

Versicherungsaufsicht
34.3 Darüber hinaus können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin). Die BaFin können Sie über folgende Wege erreichen:

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.

Rechtsweg
34.4 Ihre Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hiervon unberührt.

35 Wo ist der Gerichtsstand?

35.1 Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt.

Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Haben Sie keinen Wohnsitz, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Sind Sie eine *juristische Person*, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

35.2 Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Haben Sie keinen Wohnsitz, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Sind Sie eine *juristische Person*, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

35.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts, Ihre Niederlassung oder Ihren Sitz in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

36 Wann können die Beiträge und Leistungen angepasst werden?

36.1 Wir sind nach § 163 *VVG* zu einer Neufestsetzung des vereinbarten Beitrags berechtigt, 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 Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und
- ein unabhängiger Treuhänder die *Rechnungsgrundlagen* und die vorstehenden Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Leistungen 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.

36.2 Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags nach Ziffer 36.1 die Leistungen entsprechend herabgesetzt werden. Bei einem beitragsfreien Vertrag sind wir unter den Voraussetzungen des Ziffer 36.1 zur Herabsetzung der Leistungen berechtigt.

36.3 Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Leistungen werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

37 Wann können diese Bedingungen angepasst werden?

37.1 Ist eine Bestimmung in unseren Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn

- dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder
- das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

37.2 Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der *Versicherungsnehmer* angemessen berücksichtigt.

37.3 Die neue Regelung nach Ziffer 37.1 wird 2 Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

37.4 Sollte eine Bestimmung dieses Bedingungswerkes ganz oder teilweise unwirksam sein, berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht.

Besondere Bedingungen für den BerufsunfähigkeitsSchutz mit planmäßiger Erhöhung der Leistungen und Beiträge ohne erneute *Risikoprüfung*

(LA 3.204-26)

Als *Versicherungsnehmer* sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Leistungen?
2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?
3 Wonach errechnen sich die erhöhten Beiträge?
4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?
5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Leistungen?

1.1 Die Leistungen erhöhen sich ohne erneute *Risikoprüfung* jeweils um einen bei Vertragsabschluss vereinbarten Prozentsatz, der auf die vor der Erhöhung vereinbarten Leistungen angewendet wird.

1.2 Die Erhöhung der Leistungen führt zu einer Erhöhung des Beitrags.

1.3 Die Erhöhung von Leistungen und Beitrag endet, wenn die *versicherte Person* das *rechnungsmäßige Alter* von 55 Jahren erreicht.

2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Leistungen?

2.1 Die Erhöhungen der Beiträge und der Leistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.

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

3 Wonach errechnen sich die erhöhten Beiträge?

3.1 Die Erhöhung der Beiträge errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten *rechnungsmäßigen Alter* der *versicherten Person*, der restlichen Laufzeit des Vertrages und dem bei Vertragsabschluss gültigen Tarif. Die Beiträge erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Leistungen.

Nach einer Erhöhung der Leistungen können beitragsfreie Leistungen nicht mehr der ursprünglichen Garantiewerttabelle entnommen werden.

4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Leistungen?

4.1 Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Leistungen. Entsprechende Anwendung findet auch die Regelung in den Bedingungen "Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?".

4.2 Die Erhöhung der Leistungen aus dem Vertrag setzt die Fristen, die im Zusammenhang mit der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung in den Bedingungen genannt werden, nicht erneut in Lauf.

5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

5.1 Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des 2. Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.

5.2 Unterbliebene Erhöhungen können Sie nur mit unserer Zustimmung nachholen.

5.3 Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen ohne erneute *Risikoprüfung*. Unter Berücksichtigung einzelner Umstände können wir auf Ihren Antrag unsere gesonderte Zustimmung zu einer Erhöhung ohne erneute *Risikoprüfung* erteilen.

5.4 Es erfolgen keine Erhöhungen, wenn wir eine Leistung erbringen und Sie von der Beitragszahlungspflicht befreit haben. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem diese Leistungen erbracht werden, aber noch vor Anerkennung der Leistungspflicht durchgeführt wurden, werden rückgängig gemacht.

Bestimmungen über sonstige Kosten und tarifabhängige Begrenzungen

(LA 3.35-26)

Diese Bestimmungen sind Bestandteil der Ihrer Versicherung zugrunde liegenden Allgemeinen und Besonderen Bedingungen.

Wir können Bestimmungen in angemessener Weise neu festlegen. Über künftige Änderungen werden wir Sie jeweils *schriftlich* unterrichten.

Bestimmungen über sonstige Kosten

1. Rückläufe bei Lastschriftverfahren

anfallende Bankkosten[1)]

2. Durchführung von Vertragsänderungen

derzeit 0 EUR

3. Bezugsrechtsänderung

derzeit 0 EUR

4. Erstellen Ersatzversicherungsschein, § 3 Abs. 5 *VVG*

derzeit 0 EUR

5. Bearbeitung von Abtretungen/Verpfändungen

derzeit 0 EUR

6. Alle etwaigen öffentlichen Abgaben, die für die Versicherung erhoben werden, sind dem Versicherungsunternehmen zu erstatten.

7. Bei rückständigen Beiträgen werden Verzugszinsen mit einem Zinssatz in Höhe des derzeitigen für Vorauszahlungen (Darlehen) vorgesehenen Zinssatzes erhoben.

Anmerkung: Die genannten Beträge können auch niedriger sein bzw. ausgesetzt werden.

1) Die Beiträge erhöhen sich um die anfallenden Postgebühren.

Tarifabhängige Begrenzungen

1.	Mindestbeitragsrate	
	BerufsunfähigkeitsSchutz	entfällt
	GrundfähigkeitsSchutz	entfällt
	Risikolebensversicherung	entfällt
	Sterbegeldversicherung	10 EUR
2.	Mindestversicherungssumme	
	BerufsunfähigkeitsSchutz	entfällt
	GrundfähigkeitsSchutz	entfällt
	Risikolebensversicherung	20.000 EUR
	Sterbegeldversicherung	5.000 EUR
3.	Mindestversicherungssumme für Beitragsfreistellung	
	BerufsunfähigkeitsSchutz	entfällt
	GrundfähigkeitsSchutz	entfällt
	Risikolebensversicherung	2.000 EUR
	Sterbegeldversicherung	2.500 EUR
4.	Mindestrente monatlich	
	BerufsunfähigkeitsSchutz	50 EUR
	GrundfähigkeitsSchutz	50 EUR
	Risikolebensversicherung	entfällt
	Sterbegeldversicherung	entfällt
5.	Mindestrente monatlich bei Beitragsfreistellung	
	BerufsunfähigkeitsSchutz	20 EUR
	GrundfähigkeitsSchutz	20 EUR
	Risikolebensversicherung	entfällt
	Sterbegeldversicherung	entfällt

Merkblatt über geltende Steuerregelungen für den BerufsunfähigkeitsSchutz

(LA 3.83-26)

Die nachfolgende Darstellung beruht auf dem aktuellen Stand der Steuergesetze (Stand: 01.01.2026). Die Anwendung dieser Steuerregelungen auf Ihren BerufsunfähigkeitsSchutz kann nicht für die gesamte Laufzeit garantiert werden. Aus Änderungen von Gesetzen, Verordnungen, Rechtsprechung, Verwaltungsanweisungen etc. während der weiteren Vertragslaufzeit, aber auch durch Vertragsänderungen, kann sich eine abweichende steuerliche Behandlung Ihres BerufsunfähigkeitsSchutzes ergeben. Eine Haftung für diese Auskünfte können wir nicht übernehmen. In Zweifelsfällen empfehlen wir die Inanspruchnahme steuerlicher Beratung.

Welche Steuerregelungen gelten für eine private, selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung?

Einkommensteuer

Die gezahlten Beiträge können im Rahmen des geltenden Höchstbetrages für diese Vorsorgeaufwendungen als Sonderausgaben abgezogen werden (vgl. § 10 *EStG*).

Gezahlte Berufsunfähigkeitsrenten und Rentenzahlungen bei Krankschreibung unterliegen in Höhe des Ertragsanteils für zeitlich begrenzte Leibrenten als sonstige Einkünfte der Besteuerung (vgl. § 22 *EStG* in Verbindung mit § 55 EStDV).

Einmalige Kapitalzahlungen (z.B. Anfangshilfe, Wiedereingliederungshilfe) aus dem BerufsunfähigkeitsSchutz sind einkommensteuerfrei.

Erbschaft- und Schenkungsteuer
Die Ansprüche oder Leistungen unterliegen der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des *Versicherungsnehmers* oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden (vgl. §§ 3 und 7 *ErbStG*).

Ob und in welcher Höhe bei Vorliegen einer Erbschaft- bzw. Schenkungsteuerpflicht tatsächlich Steuer anfällt, hängt von den individuellen Verhältnissen (z.B. den Verwandtschaftsverhältnissen und den zur Verfügung stehenden Freibeträgen) ab.

Erhält der *Versicherungsnehmer* die Versicherungsleistung, ist sie nicht erbschafts- oder schenkungsteuerpflichtig.

Welche Besonderheiten gelten noch?

Mitteilungspflichten
Über die ausgezahlten Renten aus einem BerufsunfähigkeitsSchutz haben wir eine Rentenbezugsmitteilung an die Zentrale Stelle der Finanzverwaltung zu machen (vgl. §§ 22a, 81 *EStG*).

Die Übertragung der Versicherungsnehmereigenschaft sowie Auszahlungen an andere Personen als den *Versicherungsnehmer* müssen von uns dem Finanzamt angezeigt werden (vgl. § 33 *ErbStG*, § 3 ErbStDV).

Versicherungsteuer
Die Beiträge zu Lebensversicherungen unterliegen grundsätzlich nicht der Versicherungsteuer (vgl. § 4 Nr. 5 *VersStG*).

Die Beiträge unterliegen jedoch der Versicherungsteuer, soweit im Fall der Krankheit, Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit Ansprüche begründet werden, die nicht unmittelbar oder mittelbar der Versorgung der *versicherten Person* (Risikoperson) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetzes oder des § 15 Abgabenordnung dienen (vgl. § 4 Absatz 1 Nr. 5 *VersStG*).

Die Beurteilung, ob die Versicherung die Voraussetzungen der Steuerbefreiung erfüllt, nehmen wir bei Vertragsabschluss anhand der Angaben des *Versicherungsnehmers* vor. Diese Beurteilung legen wir solange dem Vertrag zu Grunde, bis wir Kenntnis von Umständen erlangen, die zu einer abweichenden steuerrechtlichen Beurteilung führen. Ändern sich nach Vertragsabschluss Umstände, die zu einer von der anfänglichen Beurteilung abweichenden Beurteilung führen, beginnt oder endet die Steuerbefreiung zum Zeitpunkt des Eintritts der Umstände.

Die Versicherungsteuer beträgt derzeit 19 Prozent des steuerpflichtigen Beitrags. Im Verhältnis zwischen Ihnen und uns gilt die Versicherungsteuer als Teil des vereinbarten Beitrags. Sie wird daher von einer erteilten Lastschriftermächtigung mit umfasst. Dies gilt auch dann, wenn die Steuerpflicht erst nachträglich entsteht.

Umsatzsteuer (genannt: Mehrwertsteuer)
Leistungen im Versicherungsbereich sind, einheitlich in der Europäischen Union, umsatzsteuerfrei.

Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Ausland
Wenn Sie Ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland haben oder Ihren Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt in ein Land außerhalb der Bundesrepublik Deutschland verlegen, können ausländische Steuerregelungen für Beiträge und Leistungen zur Anwendung kommen.

Insbesondere wenn die *bezugsberechtigte* Person aus dem Vertrag den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt im Ausland hat, unterliegen Rentenzahlungen oder eine Kapitalleistung in der Bundesrepublik Deutschland der beschränkten Einkommensteuerpflicht.

Anhang zu "Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen"

(LA 3.272-26)

§ 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2025, gültig ab 01.01.2026, "Begriff der Pflegebedürftigkeit"

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,

c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie

d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;

6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2025, gültig ab 01.01.2026, "Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument"

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegefachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,

5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,

2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,

3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,

4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.

(8) Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen legt dem Bundesministerium für Gesundheit bis zum 30. Juni 2026 unter Beteiligung des Verbandes der privaten Krankenversicherung e. V. und des Medizinischen Dienstes Bund einen Bericht vor. Der Bericht ist auf unabhängiger wissenschaftlicher Grundlage zu erstellen und hat Folgendes zu umfassen:

1. die Darstellung der Erfahrungen der Pflegekassen und der Medizinischen Dienste mit dem Begutachtungsinstrument nach den Absätzen 1 bis 7, einschließlich der Beurteilung der Wirkung der zur Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit zu verwendenden Bewertungssystematik, sowie Vorschläge zur möglichen Weiterentwicklung des Begutachtungsinstruments,

2. eine auf wissenschaftlicher Grundlage durchzuführende Untersuchung der Entwicklung der Zahl der Pflegebedürftigen seit 2017 unter Berücksichtigung insbesondere von

a) medizinisch-pflegerischen Aspekten,
b) demographischen Faktoren und
c) sozioökonomischen Einflüssen.

Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen kann für die Erstellung des Berichts Mittel nach § 8 Absatz 3 einsetzen.

Anlage 1 (zu § 15)

§ 1 Einzelpunkte der Module 1 bis 6;

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

§ 2

§ 3 Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

§ 4

§ 6 Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

§ 7 Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege / Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbstständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

§ 8 Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies 4 Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	Anzahl der Maßnahmen		
			pro Tag	pro Woche	pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
Summer der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11		0			
Umrechnung in Maßnahmen pro Tag		0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbstständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbstständig	täglich	Wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punke vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbstständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
5.16	Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

§ 9 Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)

Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1. Mobilität	**10 %**	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	**2,5**	**5**	**7,5**	**10**	**Gewichtete Punkte im Modul 1**
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	**15 %**	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		**0**	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3**
4. Selbstversorgung	**40 %**	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	**10**	**20**	**30**	**40**	**Gewichtete Punkte im Modul 4**
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	**20 %**	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	**5**	**10**	**15**	**20**	**Gewichtete Punkte im Modul 5**
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	**15 %**	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	**3,75**	**7,5**	**11,25**	**15**	**Gewichtete Punkte im Modul 6**
7. Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägung bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.						
8. Haushaltsführung							