

Allgemeine Versicherungs- bedingungen

Baloise Grundfähigkeitenversicherung

Baloise Grundfähigkeitenversicherung Start

A Vertragsschluss 2

1
Wer ist Ihr Vertragspartner?
Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? 2

2
Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres
Vertrags? 2

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

4
Welche Folgen hat es, wenn Sie uns gegenüber
unvollständige oder falsche Angaben machen? 3

5
Welche Dauer hat Ihr Vertrag? 4

6
Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche
Sprache verwenden wir und wie müssen
Mitteilungen erfolgen? 5

B Leistungen und Einschränkungen 5

7
Wie sind Sie abgesichert, wenn die 2versicherte
Person eine Grundfähigkeit verliert? 5

8
Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit vor? 6

9
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die
garantierte Leistungsdynamik vereinbart haben? 12

10
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den
Arbeitsunfähigkeitschutz vereinbart haben? 12

11
Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den
KrankheitenSchutz vereinbart haben? 13

12
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz
ausgeschlossen? 15

C Auszahlung der Leistungen 15

13
Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung
aus dem Vertrag erhalten möchten? 15

14
Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?
Wie zahlen wir aus? 17

15
Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen
erbringen? 18

16
Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten
verletzen? 19

17
Wer erhält die Leistung? 19

D Beitragszahlung und Kosten 19

18
Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge
bezahlen? 19

19
Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht
rechtzeitig bezahlen? 20

20
Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen möchten? 21

21
Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?23

22
Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an?24

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer25

23
Welche ²Rechnungsgrundlagen verwenden wir?25

24
Welche Überschüsse können während der Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?25

25
Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, bevor wir versicherte Leistungen erbringen?26

26
Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen, während wir Leistungen an Sie erbringen?26

27
Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der ²versicherten Person erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?26

28
Was ist die BU-Option?28

29
Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?29

30
Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?29

31
Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift, Ihr Name oder Ihr steuerlicher Status ändert? 30

32
Wo können Sie sich beschweren und wo sind gerichtliche Klagen einzureichen? 31

F Kündigung des Vertrags32

33
Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?32

34
Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?32

Glossar32

A Vertragsschluss

1

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Wir sind die Baloise Lebensversicherung AG Deutschland, eine Lebensversicherungsgesellschaft mit Sitz in Hamburg. Wenn Sie mit uns einen Vertrag schließen, werden Sie unser ²Versicherungsnehmer oder unsere ²Versicherungsnehmerin.

Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst stellen Sie einen Antrag auf Abschluss des Vertrags und beantworten alle Fragen wahrheitsgemäß. Diesen Antrag übermitteln Sie, Ihre Vermittlerin oder Ihr Vermittler an uns. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie eine der beiden Unterlagen von uns erhalten:

- a. Eine ²schriftliche Annahmeerklärung oder
- b. den ²Versicherungsschein.

Der Versicherungsschutz besteht frühestens ab diesem Zeitpunkt. Wenn im ²Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Vertragsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 12.00 Uhr mittags. Wir müssen nicht leisten, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (19).

2

Was sind die wesentlichen Merkmale Ihres Vertrags?

Ihr Vertrag ist eine Versicherung, die folgende Leistungen erbringt:

- a. Eine Grundfähigkeiten-Rente, wenn die \nearrow versicherte Person eine Grundfähigkeit verliert
- bei der Baloise GrundfähigkeitenVersicherung Bronze aus 18 Grundfähigkeiten (8.2),
 - bei der Baloise GrundfähigkeitenVersicherung Silber aus 23 Grundfähigkeiten (8.3) und
 - bei der Baloise GrundfähigkeitenVersicherung Gold aus 28 Grundfähigkeiten (8.4).

Die Baloise GrundfähigkeitenVersicherung Start gibt es in den Varianten Silber und Gold.

- b. Optional können Sie Ihren Versicherungsschutz ergänzen um
- PsycheSchutz (8.6),
 - Beruf Plus (8.7),
 - ArbeitsunfähigkeitsSchutz (10) oder
 - KrankheitenSchutz (11).

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

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

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

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

4.1 Wann können wir vom Vertrag zurücktreten?

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

- a. Wir haben Ihnen die Fragen in \nearrow Textform gestellt und
b. die Fragen sind bedeutsam für das versicherte Risiko.

Was heißt das? Wir hätten Ihren Antrag nicht oder nur geändert angenommen, wenn Sie die Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet hätten.

4.2 Welche Folgen treten ein, wenn wir vom Vertrag zurücktreten?

Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, endet Ihr Versicherungsschutz.

Was gilt für den Fall, dass zu dem Zeitpunkt des Rücktritts bereits ein \nearrow Versicherungsfall eingetreten ist? In diesem Fall sind wir zur Leistung nur dann verpflichtet, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

Ein verschwiegener oder falsch angegebener Umstand war nicht die Ursache dafür,

- dass der \nearrow Versicherungsfall eingetreten ist oder festgestellt wurde,
- dass die Leistungspflicht festgestellt wurde und
- dass die Leistungspflicht im aufgetretenen Umfang angefallen ist.

Wenn keine Leistungspflicht besteht und ein \nearrow Deckungskapital vorhanden ist, zahlen wir Ihnen dieses aus.

4.3 Wann können wir vom Vertrag nicht zurücktreten, diesen aber kündigen?

4.3.1
Unter folgenden Bedingungen können wir nicht vom Vertrag zurücktreten, obwohl die Voraussetzungen nach 4.1 erfüllt sind: Sie haben unsere Fragen weder \nearrow vorsätzlich noch \nearrow grob fahrlässig falsch oder unvollständig beantwortet.

Wir können jedoch den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Wenn wir kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (20) vor. Wir verzichten auf dieses Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflicht \nearrow unverschuldet verletzt haben.

4.3.2
Wenn Sie Ihre Anzeigepflicht \nearrow grob fahrlässig oder \nearrow fahrlässig verletzt haben, gilt: Wir können unter folgenden Bedingungen den Vertrag weder kündigen noch von ihm zurücktreten:

Wir hätten den Vertrag auch dann geschlossen, wenn wir die verschwiegenen Umstände (zum Beispiel eine Krankheit) gekannt hätten. Dies gilt auch, wenn wir den Vertrag dann zu anderen Bedingungen geschlossen hätten.

4.4

Wann können wir vom Vertrag weder zurücktreten noch diesen kündigen, aber neue Bedingungen aufnehmen?

4.4.1

Wenn wir vom Vertrag nicht zurücktreten oder den Vertrag nicht kündigen können, gilt: Wir nehmen neue Bedingungen in den Vertrag auf. Bedingungen, zu denen wir den Vertrag geschlossen hätten, wenn wir die verschwiegenen Umstände gekannt hätten. Die neuen Bedingungen gelten ab folgendem Zeitpunkt: Wenn Sie die Anzeigepflicht \nearrow grob fahrlässig oder \nearrow fahrlässig verletzt haben, gelten die neuen Bedingungen rückwirkend ab Vertragsbeginn. Die neuen Bedingungen können dazu führen, dass wir Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand anbieten, den Sie uns verschwiegen haben. Wenn Sie die Anzeigepflicht \nearrow unverschuldet verletzt haben, verzichten wir darauf, die Bedingungen anzupassen.

4.4.2

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

- Der Beitrag erhöht sich um mehr als 10 Prozent dafür, dass wir das neue Risiko übernehmen, oder
- die versicherte Leistung sinkt um mehr als 10 Prozent oder
- wir bieten Ihnen keinen Versicherungsschutz für den Umstand an, den Sie uns verschwiegen haben.

4.5

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

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

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

4.6

Wann können wir den Vertrag anfechten?

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

Wenn wir den Vertrag anfechten, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend ab Vertragsbeginn. Ist ein \nearrow Deckungskapital vorhanden, zahlen wir Ihnen dieses aus. Sie haben keinen Anspruch, dass wir die Beiträge zurückzahlen.

4.7

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

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

5

Welche Dauer hat Ihr Vertrag?

Bei Vertragsbeginn vereinbaren wir zwei Altersgrenzen:

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

Beide Angaben finden Sie im \nearrow Versicherungsschein.

Ihr Vertrag endet in folgenden Fällen:

- Das Ende der \nearrow Versicherungsdauer ist erreicht ist. Ausnahme: Wenn vor dem Ende der \nearrow Versicherungsdauer

ein \nearrow Versicherungsfall eingetreten ist, endet der Vertrag zum Ende der \nearrow Leistungsdauer.

- b. Die \nearrow versicherte Person stirbt.
- c. Sie haben den Vertrag gekündigt oder einen Beitrags-Stopp beantragt und der Vertrag erlischt.
- d. Sie üben die BU-Option (28) aus.

6

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

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Die Vertragssprache für alle \nearrow Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

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

- Eine von Ihnen bevollmächtigte Person,
- die \nearrow begünstigte Person oder
- den Inhaber/die Inhaberin des \nearrow Versicherungsscheins unter folgenden Voraussetzungen:
 - Eine \nearrow begünstigte Person ist nicht vorhanden oder
 - wir können ihren Aufenthalt nicht ermitteln.

B Leistungen und Einschränkungen

7

Wie sind Sie abgesichert, wenn die \nearrow versicherte Person eine Grundfähigkeit verliert?

7.1

Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die \nearrow versicherte Person eine Grundfähigkeit verliert?

Wenn die \nearrow versicherte Person während der \nearrow Versicherungsdauer eine versicherte Grundfähigkeit (8) verliert, erbringen wir folgende Leistungen:

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

Wie hoch die Grundfähigkeiten-Rente ist, entnehmen Sie Ihrem \nearrow Versicherungsschein. Sie kann sich um Überschüsse erhöhen (24, 25, 26).

7.2

In welchen Ländern sind Sie versichert?

Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

7.3

Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?

Wenn die \nearrow versicherte Person eine Grundfähigkeit verloren hat, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt: Zum Anfang des nächsten Monats, nachdem die \nearrow versicherte Person eine Grundfähigkeit verloren hat.

Sie können eine Leistung aus diesem Vertrag jederzeit beantragen. Es gibt keine Frist, bis zu der Sie den \nearrow Versicherungsfall melden müssen. Wenn Sie den Verlust einer Grundfähigkeit jedoch so spät melden, dass Sie diesen für die Vergangenheit nicht mehr nachweisen können, gilt: Wir zahlen dann eine rückwirkende Leistung für den Zeitraum, für den Sie den Verlust der Grundfähigkeit nachweisen. Beachten Sie dazu 13.

Unsere Leistungen enden, wenn

- die \nearrow versicherte Person nicht mehr unter dem Verlust einer Grundfähigkeit leidet,
- die \nearrow versicherte Person stirbt oder
- wenn die \nearrow Leistungsdauer endet.

Wenn die \nearrow versicherte Person während der \nearrow Versicherungsdauer erneut eine Grundfähigkeit verliert, leisten wir erneut.

Wenn die \nearrow versicherte Person nach Ablauf der \nearrow Versicherungsdauer erneut eine Grundfähigkeit verliert, leisten wir unter folgenden Bedingungen:

- Der erneute Verlust der Grundfähigkeit muss seinen Ursprung in einem zuvor von uns anerkannten Verlust der Grundfähigkeit haben und
- das Ende der \nearrow Leistungsdauer darf noch nicht erreicht sein.

7.4

Wann können Sie sich einen Teil der Rente als Kapitalleistung auszahlen lassen?

Sie können sich einmalig zum Rentenbeginn einen Teil der Renten als einmalige Kapitalleistung auszahlen lassen. Dazu muss die \nearrow versicherte Person eine der versicherten Grundfähigkeiten verloren haben. Die Kapitalleistung darf höchstens so hoch sein wie sechs monatliche Grundfähigkeiten-Renten.

Sie können keine Kapitalleistung mehr erhalten, wenn

- die verbleibende \mathcal{A} Leistungsdauer weniger als zwei Jahre beträgt oder
- Sie bereits eine Rente aus diesem Vertrag erhalten haben.

Wenn wir eine Kapitalleistung auszahlen, verschiebt sich der Rentenbeginn um die Anzahl der Monate, für die wir eine Kapitalleistung gezahlt haben.

8 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit vor?

8.1 Welche Voraussetzungen gelten für den Verlust?

Die \mathcal{A} versicherte Person hat während der \mathcal{A} Versicherungsdauer eine Grundfähigkeit verloren, wenn folgende Bedingungen vorliegen:

- a. Die \mathcal{A} versicherte Person hat mindestens eine der in 8.2 bis 8.4 genannten Grundfähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang verloren.
- b. Die Ursache für a. ist
 - eine Krankheit,
 - eine Verletzung des Körpers oder
 - ein Verfall der Kräfte.
- c. Die \mathcal{A} versicherte Person
 - wird diese Grundfähigkeit voraussichtlich in den nächsten sechs Monaten nicht wiedererlangen oder
 - hat diese bereits für sechs Monate verloren. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

8.2 Welche Grundfähigkeiten sind bei der Baloise Grundfähigkeitenversicherung Bronze versichert?

Folgende Grundfähigkeiten sind versichert:

8.2.1 Sehen

Die \mathcal{A} versicherte Person

- hat auf beiden Augen nur noch eine Sehstärke von höchstens fünf Prozent (Visus höchstens 0,05) oder
- das Gesichtsfeld ist eingeschränkt auf höchstens 15° vom Zentrum in alle Richtungen.

Die Einschränkung beruht nicht auf psychischen oder psychogenen Ursachen.

8.2.2 Hören

Die \mathcal{A} versicherte Person hat auf beiden Ohren eine starke Schwerhörigkeit. Das bedeutet, dass eine Schwerhörigkeit

auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz vorliegt, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 Dezibel aufweist.

Die Einschränkung beruht nicht auf psychischen oder psychogenen Ursachen.

8.2.3 Sprechen

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht mehr

- verständlich sprechen, so dass sie von einem unabhängigen Dritten verstanden wird, oder
- die gesprochenen Worte ergeben keinen Sinn mehr.

Die Einschränkung muss in einem der folgenden Bereiche auftreten: Spontansprache, Nachsprechen, Benennen, Sprachverständnis. Die Schädigung kann zum Beispiel durch den Aachener-Aphasie-Test bestätigt werden.

Die Einschränkung beruht nicht auf psychischen oder psychogenen Ursachen.

8.2.4 Gehen

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht

- 400 Meter
- ohne sich abzustützen
- ohne eine Pause von mehr als einer Minute
- ohne Hilfe einer anderen Person über einen festen und ebenen Boden gehen.

8.2.5 Treppensteigen

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht

- zwölf Treppenstufen in üblicher Stufenhöhe (18 cm bis 20 cm)
 - ohne eine Pause von mehr als einer Minute
 - ohne Hilfe einer anderen Person
 - ohne sich an einem Treppengeländer festhalten zu müssen
- zunächst hinauf- und gleich danach wieder hinabsteigen.

8.2.6 Sitzen

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht

- 20 Minuten ununterbrochen
- auch nicht mit geänderter Sitzhaltung
- auf einem Stuhl mit Armlehne sitzen.

8.2.7

Stehen

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht

- zehn Minuten lang
- ohne Hilfe einer anderen Person
- ohne sich festzuhalten oder abzustützen
- auf einem festen und ebenen Boden stehen.

8.2.8

Gebrauch eines Arms

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht mehr

- ihren gestreckten linken oder rechten Arm
- bis auf Höhe der Schulter nach vorne und seitlich heben und mindestens zehn Sekunden in dieser Position halten sowie
- ohne Hilfe aktiv in die jeweils andere Position führen oder
- sie kann nicht mehr einen 200 Gramm schweren Gegenstand auf einem Regal in Schulter- oder Brusthöhe abstellen und wieder herunternehmen oder
- sie kann sich nicht mehr eine Jacke anziehen.

8.2.9

Gebrauch einer Hand

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht mit ihrer linken oder rechten Hand

- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss verschließen und wieder öffnen,
- eine Schere (zum Beispiel: Papier-, Verband- oder Schneiderschere) bestimmungsgemäß gebrauchen,
- ein handelsübliches Leuchtmittel in den dazugehörigen Schraubsockel (zum Beispiel: E14-/E27-Sockel) einer Tischlampe hinein- und wieder herausdrehen,
- einen Hammer (300 Gramm) auf Höhe des Oberkörpers bestimmungsgemäß benutzen oder
- mit einem Schraubendreher eine angesetzte Schraube in ein gedübeltes Loch auf Höhe des Oberkörpers schrauben und wieder lösen.

8.2.10

Greifen und Halten

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht

- mit der rechten oder der linken Hand oder mit beiden Händen
- eine Tasse, einen Pinsel oder einen Kochlöffel greifen und mindestens zwei Minuten lang ununterbrochen halten.

8.2.11

Schreiben/Tastatur/Touchscreen

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht mehr

- mit der dominanten Schreibhand
- mindestens fünf Wörter mit mindestens fünf Buchstaben innerhalb von fünf Minuten leserlich schreiben oder
- sie kann mit keinem Finger der dominanten Schreibhand mehr
- auf einer Tastatur oder einem Touchscreen
- mindestens fünf Wörter mit mindestens fünf Buchstaben innerhalb von fünf Minuten tippen.

8.2.12

Nierenfunktion

Eine Ärztin oder ein Arzt für Nephrologie hat bei der \mathcal{Z} versicherten Person ein endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren festgestellt. Deshalb muss eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden.

8.2.13

Herzfunktion

Ein Kardiologe oder eine Kardiologin hat bei der \mathcal{Z} versicherten Person über einen Zeitraum von mehr als drei Monaten eine Schwäche der Herzleistung festgestellt. Diese führt zu einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 35 Prozent (EF < 35 Prozent).

8.2.14

Lungenfunktion

Eine Ärztin oder ein Arzt für Lungenkrankheiten (Pneumologin/Pneumologe) hat bei der \mathcal{Z} versicherten Person eine Lungenerkrankung im Endstadium festgestellt. Diese führt zu einer chronischen respiratorischen Insuffizienz. Zusätzlich wurde Folgendes nachgewiesen:

- Es ist eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie erforderlich.
- Das forcierte expiratorische Volumen (FEV1) beträgt nach dem Tiffeneau-Test dauerhaft weniger als ein Liter.
- Es besteht Atemnot im Ruhezustand (Ruhedyspnoe).
- Eine arterielle Blutgasanalyse hat einen partiellen Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ergeben ($\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mm Hg}$).

8.2.15

Leberfunktion

Ein Internist oder eine Internistin hat bei der \mathcal{Z} versicherten Person eine Lebererkrankung oder Leberzirrhose im Endstadium festgestellt. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Leber-Hirn-Störung (Hepatische Enzephalopathie).
- Ansammlung von Flüssigkeit in der Bauchhöhle (Aszites).
- Permanente Gelbsucht.

- Krampfadern (Varizen) in der Speiseröhre oder im Magen.

Fortgeschrittene Lebererkrankungen sind nicht versichert, wenn sie nachweislich durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit oder -missbrauch entstanden sind.

8.2.16

Mobilität (Personenkraftwagen, Motorrad, Öffentliche Verkehrsmittel, Fahrrad)

Bei der \mathcal{A} versicherten Person liegt eine der folgenden Einschränkungen vor:

- a. Der \mathcal{A} versicherten Person wurde aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis
 - für PKW der Klasse B (alte Klasse 3) oder
 - Motorrad der Klasse A (alte Klasse 1)
 - entzogen oder nicht erteilt. Der Führerschein wurde eingezogen oder abgegeben. Die Fahrtauglichkeit ist für mindestens sechs Monate aufgehoben.
- b. Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht mehr
 - ohne Hilfe einer anderen Person
 - auch mithilfe von Einstiegshilfen der öffentlichen Verkehrsmittel
 - in einen Bus, eine Bahn oder ein Schiff des öffentlichen Personennah- oder Fernverkehrs in Deutschland, die jeweils barrierefrei sind, ein- oder aussteigen oder
 - 20 Minuten darin während der Fahrt sitzen oder
 - sie kann öffentliche Verkehrsmittel aufgrund einer Demenzerkrankung nicht mehr nutzen. Es wurde nach der Reisbergskala (GDS) ein Grad 5 festgestellt.
- c. Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht mehr
 - aufgrund motorischer Einschränkungen
 - auf ein Fahrrad aufsteigen und
 - damit innerhalb von zehn Minuten einen Kilometer auf ebener Strecke auf einem für Radwege üblichen Belag fahren.

Der Verlust der Fähigkeit ist ausgeschlossen, wenn dieser beruht auf

- psychischen oder psychosomatischen Ursachen oder
- Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

Die Fähigkeit, Fahrrad zu fahren, ging während der \mathcal{A} versicherungsdauer verloren. Das heißt, die \mathcal{A} versicherte Person konnte vor Vertragsbeginn Fahrrad fahren. Ein Verlust der Fähigkeit zum Fahrradfahren liegt nicht vor, wenn die \mathcal{A} versicherte Person mit einem Therapie-/Sessel-Dreirad fahren kann.

8.2.17

Eigenverantwortliches Handeln (Gesetzliche Betreuung)

Ein Gericht bestellt auf der Grundlage eines psychiatrischen Gutachtens für die \mathcal{A} versicherte Person eine gesetzliche Betreuerin oder einen gesetzlichen Betreuer. Das Gericht bestellt die Betreuerin oder den Betreuer für mindestens sechs Monate.

8.2.18

Pflegebedürftigkeit

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person pflegebedürftig ist, hat sie nach diesen Bedingungen eine Grundfähigkeit verloren.

Die \mathcal{A} versicherte Person ist nach diesen Bedingungen pflegebedürftig, wenn sie

- bei mindestens zwei der in 8.2.18.1 genannten Verrichtungen Hilfe benötigt oder
- pflegebedürftig infolge Demenz nach 8.2.18.2 ist.

Die Pflegebedürftigkeit muss

- voraussichtlich für mindestens sechs Monate andauern oder
- mindestens sechs Monate bestanden haben und noch andauern. Dann stellen wir auf den Beginn dieses Zeitraums ab.

Die Ursache dafür ist

- eine Krankheit,
- eine Verletzung des Körpers,
- ein Verfall der Kräfte oder
- eine Behinderung.

Wenn Sie oder die \mathcal{A} versicherte Person uns einen Pflegefall melden, prüfen wir, ob die genannten Voraussetzungen vorliegen.

8.2.18.1

Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor, weil die \mathcal{A} versicherte Person nicht alle Verrichtungen des täglichen Lebens ausüben kann?

Wenn wir den Umfang der Pflegebedürftigkeit bewerten, prüfen wir die nachfolgend genannten Umstände.

Die \mathcal{A} versicherte Person benötigt täglich die Hilfe einer anderen Person dabei:

- a. Sich in einem Zimmer zu bewegen

Die \mathcal{A} versicherte Person kann sich an ihrem üblichen Aufenthaltsort nicht ohne fremde Hilfe von Zimmer zu Zimmer auf ebener Oberfläche bewegen. Die \mathcal{A} versicherte Person benötigt die Hilfe eines anderen auch dann, wenn sie eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl benutzt.

- b. Aufstehen und Zubettgehen
Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- c. Sich an- und auszukleiden
Die \mathcal{Z} versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe an- und auskleiden. Die \mathcal{Z} versicherte Person benötigt die Hilfe auch dann, wenn sie krankengerechte Kleidung verwendet.
- d. Mahlzeiten und Getränke einzunehmen
Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe essen und trinken. Die \mathcal{Z} versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn die Mahlzeiten für sie essfertig vorbereitet und die Getränke bereitgestellt werden. Die \mathcal{Z} versicherte Person kann auch dann nicht essen und trinken, wenn sie krankengerechte Essbestecke und Trinkgefäße benutzt.
- e. Sich zu waschen
Die \mathcal{Z} versicherte Person kann sich nicht ohne fremde Hilfe so waschen, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene erreicht wird. Die \mathcal{Z} versicherte Person kann dies auch dann nicht, wenn sie Hilfsmittel wie Wannengriffe oder einen Wannenaufzug nutzt. Es liegt kein Hilfebedarf nach e. vor, wenn die \mathcal{Z} versicherte Person lediglich außerstande ist, in das Badezimmer zu gelangen.
- f. Auf Toilette zu gehen
Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht ohne fremde Hilfe auf Toilette gehen, weil
- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - sie eine Bettschüssel benötigt,
 - sie den Darm oder die Blase nicht eigenständig entleeren kann oder
 - sie wegen einer Darm- oder Blaseninkontinenz mindestens eines der folgenden Hilfsmittel verwenden muss:
 - Windeln,
 - spezielle Einlagen,
 - einen Katheter oder
 - einen Kolostomiebeutel.
- Die \mathcal{Z} versicherte Person kann diese Hilfsmittel nicht eigenständig anlegen, wechseln oder leeren.

8.2.18.2

Wann liegt Pflegebedürftigkeit infolge Demenz vor?

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

- Denk-,
- Erkennungs-,

- Erinnerungs- und
- Orientierungsvermögen.

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

- täglich beaufsichtigt werden muss,
- zu den in Ziffer 8.2.18.1 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens angeleitet werden muss oder
- ununterbrochen beaufsichtigt werden muss, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Dieser Zustand muss durch die Störung der Hirnleistung herbeigeführt worden sein.

Ein Facharzt oder eine Fachärztin für Nervensysteme (Neurologe/Neurologin) muss feststellen, dass eine Demenz vorliegt. Dazu muss die Ärztin oder der Arzt einen ausführlichen Befund erheben. Dabei muss der Arzt oder die Ärztin die \mathcal{Z} versicherte Person körperlich und psychopathologisch untersuchen. Der Arzt oder die Ärztin muss den Schweregrad der Demenz mit Hilfe psychometrischer Tests feststellen. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nur vor, wenn mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ vorliegt. Die Ärztin oder der Arzt muss den Schweregrad über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg ermitteln. Alternativ kann ein entsprechender Schweregrad einer anderen anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen. Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt nicht vor bei leichten oder mäßigen Störungen der Hirnleistung. Wir können verlangen, dass sich die \mathcal{Z} versicherte Person erneut untersuchen lassen muss. Dies ist erforderlich, damit die Diagnose zutreffend bestätigt werden kann.

8.3

Welche Grundfähigkeiten sind bei der Baloise Grundfähigkeitenversicherung Silber versichert?

Zusätzlich zu den in 8.2 (Bronze) genannten Grundfähigkeiten sind folgende versichert:

8.3.1

Gleichgewicht

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht mehr

- auf der obersten Stufe einer dreistufigen Haushaltsleiter fünf Minuten frei stehenbleiben
- ohne sich abzustützen oder festzuhalten.

Die Einschränkung beruht nicht auf psychischen oder psychogenen Ursachen.

8.3.2

Knien und Bücken

Die \mathcal{A} versicherte Person

- kann sich nicht mehr soweit auf den Boden knien, dass sie mit beiden Knien den Boden berührt und danach gleich wieder aus eigener Kraft (mit Abstützen vom Boden) aufrichten, oder
- sie kann sich auch mit gebeugten Knien nicht so bücken, dass sie mit den Fingerspitzen beider Hände den Boden berühren könnte und danach gleich wieder aufrichten.

8.3.3

Heben und Tragen

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht

- mit ihrem linken oder rechten Arm
- einen Gegenstand von 5 kg (1 kg für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) von einem Tisch anheben und
- fünf Meter weit tragen.

8.3.4

Intellekt

Die \mathcal{A} versicherte Person kann keine alltagsrelevanten Tätigkeiten mehr ausführen, weil

- die Aufmerksamkeit, das Konzentrationsvermögen, das Gedächtnis, die Auffassungsgabe, die Orientierungsfähigkeit oder die Handlungsplanung eingeschränkt sind und
- dies durch ein anerkanntes Testverfahren nachgewiesen wird. Das Testverfahren ergibt, dass die \mathcal{A} versicherte Person zu den schlechtesten zehn Prozent der Bevölkerung gehört.

Anerkannte Testverfahren können sein:

- Auffassungsgabe (zum Beispiel: HAWIE, WST),
- Konzentration (zum Beispiel: D2, TAP),
- Gedächtnis (zum Beispiel: VLMT, AVLT),
- Handlungsplanung (zum Beispiel: Turm von Hanoi, ZVT)

8.3.5

Infektionsrisiko

Die zuständige Behörde hat der \mathcal{A} versicherten Person ein vollständiges Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz erteilt.

Das bedeutet, die \mathcal{A} versicherte Person darf ihre berufliche Tätigkeit nicht ausüben, weil

- bei ihr eine Infektion, Krankheit oder Ausscheidung festgestellt wurde,
- ein entsprechender Verdacht besteht oder
- von ihr eine Infektionsgefahr ausgeht.

Das vollständige Tätigkeitsverbot muss

- voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder
- bereits sechs Monate bestanden haben.

Der Zeitraum beginnt mit dem ersten Tag der behördlichen Anordnung des Tätigkeitsverbots.

Sie müssen uns die behördliche Anordnung des Tätigkeitsverbots nachweisen.

Ausgeschlossen sind durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch verursachte Fälle.

Wir leisten wegen eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz höchstens für insgesamt 24 Monate. Wenn wir bereits wegen eines Tätigkeitsverbots geleistet haben, rechnen wir diese Zeiträume auf die 24 Monate an. Wenn wir für insgesamt 24 Monate geleistet haben, endet unsere Leistung aus diesem Grund.

8.4

Welche Grundfähigkeiten sind bei der Baloise Grundfähigkeitenversicherung Gold versichert?

Zusätzlich zu den in 8.2 (Bronze) und 8.3 (Silber) genannten Grundfähigkeiten sind folgende versichert:

8.4.1

Ziehen oder Schieben

Die \mathcal{A} versicherte Person hat mindestens eine dieser Fähigkeiten verloren:

a. Ziehen

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht einen mit einem Gewicht von 85 kg (das jeweilige Eigengewicht für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) ordnungsgemäß beladenen, manuellen, unbeschädigten Standard-Handwagen oder Standard-Handhubwagen 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden ziehen.

b. Schieben

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht eine 85 kg (das jeweilige Eigengewicht für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr) schwere Person in einem manuellen, unbeschädigten Standard-Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden schieben.

8.4.2

Riechen und Schmecken

Die \mathcal{A} versicherte Person kann nicht mehr

- Menthol oder Essig riechen,
- Glucose oder Zitronensäure schmecken und
- ein wissenschaftlich anerkannter Test belegt den Verlust des Geruchs- und Geschmackssinnes. Dieser Test kann eine Elektroenzephalographie sein.

Die Einschränkung beruht nicht auf psychischen oder psychogenen Ursachen.

8.4.3

Bildschirmarbeit

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann nicht mehr

- über einen Zeitraum von mehr als zwei Stunden
- Wörter und Symbole an einem Bildschirm erkennen,
- wobei die Richtlinien der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsplatz eingehalten werden müssen.

8.4.4

Unterhaltung führen

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann über einen durchgehenden Zeitraum von zwölf Monaten nicht auf einfache Fragen sinnvoll antworten. Eine einfache Frage kann zum Beispiel sein: Welches Datum ist heute? Was macht man mit einem Fahrrad? Eine sinnvolle Antwort muss zu der Frage in Bezug stehen und von einer dritten Person verstanden werden. Fachärztliche Befundberichte belegen den Verlust dieser Fähigkeit. Psychische oder psychosomatische Ursachen für den Verlust der Fähigkeit sind ausgeschlossen.

8.4.5

Fingerfertigkeit/Pinzettengriff

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann

- weder mit ihrer rechten noch mit ihrer linken Hand
- eine Schraube mit einem Regelgewinde und 8 mm Durchmesser in eine passende Mutter schrauben, sodass sie sitzt oder
- einen unbeschädigten Reißverschluss einer Jacke aufziehen.

8.5

Welche Hilfsmittel muss die \mathcal{Z} versicherte Person verwenden?

Die \mathcal{Z} versicherte Person muss geeignete und zumutbare Hilfsmittel verwenden. Hilfsmittel sind geeignet und zumutbar, wenn

- die \mathcal{Z} versicherte Person das Hilfsmittel bereits verwendet hat, es derzeit verwendet oder es künftig verwenden wird,
- das Hilfsmittel die körperlichen oder geistigen Fähigkeiten verbessert und
- das Hilfsmittel ohne Gefahr ist und keine besonderen Schmerzen verursacht.

Folgende Hilfsmittel sind zum Beispiel geeignet und zumutbar: Prothesen, Orthesen, Stützbandagen, Gehstöcke, Sehhilfen, Hörgeräte, Handläufe und Haltegriffe.

Nicht für zumutbar halten wir Unterarmgehstützen oder Rollatoren.

8.6

Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den PsycheSchutz vereinbart haben?

Wir erbringen die Leistungen nach 7.1 auch, wenn die \mathcal{Z} versicherte Person in folgendem Umfang psychisch erkrankt:

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann

- voraussichtlich in den nächsten zwölf Monaten ununterbrochen oder
- bereits seit mindestens zwölf Monaten ununterbrochen
- keine drei Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachgehen. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt berücksichtigen wir nicht. Wir sind nicht an den Bescheid eines Sozialversicherungsträgers gebunden.

Die Ursache muss eine psychische Erkrankung sein (zum Beispiel eine Depression oder posttraumatische Belastungsstörung). Diese müssen Sie uns durch eine Fachärztin oder einen Facharzt nachweisen.

Nicht versichert sind:

- Psychische Störungen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19 ICD 10 GM Version 2020),
- absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen (artifizielle Störung; F68.1 ICD 10 GM Version 2020),
- Entwicklungsstörungen (F80-F89 ICD 10 GM Version 2020),
- Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98 ICD 10 GM Version 2020) und
- nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99 ICD 10 GM Version 2020).

8.7

Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie Beruf Plus vereinbart haben?

Wir erbringen die Leistungen nach 7.1 auch, wenn die \mathcal{Z} versicherte Person folgende Grundfähigkeiten verliert:

- a. LKW-/Bus-Führerschein
Der \mathcal{Z} versicherten Person wurde aus gesundheitlichen Gründen die Fahrerlaubnis
 - für LKW der Klassen C1, C1E, C oder CE oder

- Bus der Klassen D, DE, D1 oder D1E
- entzogen oder nicht erteilt. Der Führerschein wurde eingezogen oder abgegeben. Die Fahrtauglichkeit ist für mindestens sechs Monate aufgehoben.

Die \nearrow versicherte Person benötigt überwiegend den Führerschein für die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit. Das heißt, die Tätigkeit kann ohne den Führerschein nicht ausgeübt werden.

b. Benutzung von Atemschutzgeräten (G26-Untersuchung)

Eine berufsgenossenschaftlich vorgeschriebene G26-Untersuchung nach DGUV Regel 112-190 Anhang 3 hat Folgendes ergeben: Es bestehen bei der \nearrow versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken. Deshalb wird sie auf ihrem aktuellen Arbeitsplatz für mindestens 12 Monate nicht weiterbeschäftigt. Die Beschwerden oder Erkrankungen hat ein Facharzt/ eine Fachärztin festgestellt. Die G26-Untersuchung wurde zuvor bereits einmal bestanden. Unsere Leistung endet, wenn die \nearrow versicherte Person wieder Atemschutzgeräte nach einer erneuten G26-Untersuchung benutzen kann.

c. Unbefristete Leistung bei Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz

Wir zahlen die Grundfähigkeiten-Rente unter den gleichen Voraussetzungen wie unter 8.3.7 beschrieben mit folgender Abweichung: Wir befristen die Leistung nicht und begrenzen sie nicht auf 24 Monate.

Wir erbringen keine Leistungen, wenn

- die Einschränkungen auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruhen,
- die Einschränkungen auf Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten beruhen oder
- die \nearrow versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

9

Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie die garantierte Leistungsdynamik vereinbart haben?

Wenn die \nearrow versicherte Person während der \nearrow Versicherungsdauer eine versicherte Grundfähigkeit (8) verliert, erbringen wir folgende zusätzliche Leistung:

Wir erhöhen Ihre Grundfähigkeiten-Rente (7) jährlich zu Beginn eines \nearrow Versicherungsjahres um einen vereinbarten Prozentsatz, längstens bis zum Ende der \nearrow Leistungs-

dauer. Wir erhöhen die Rente erstmals zu Beginn des \nearrow Versicherungsjahres, nachdem wir für ein Jahr eine Grundfähigkeiten-Rente gezahlt haben.

Wenn wir die Leistung einstellen (15.3), reduziert sich Ihre Grundfähigkeiten-Rente wieder auf die Höhe, bevor wir erstmals geleistet haben.

10

Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitschutz vereinbart haben?

10.1

Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die \nearrow versicherte Person arbeitsunfähig wird?

Wenn die \nearrow versicherte Person während der \nearrow Versicherungsdauer arbeitsunfähig wird (10.3), erbringen wir folgende Leistung:

- Wir zahlen eine Rente in Höhe der Grundfähigkeiten-Rente und
- Sie müssen keine Beiträge für diesen Vertrag zahlen.

Wir leisten nur, wenn Sie die Leistungen spätestens vier Wochen nach Ablauf der Arbeitsunfähigkeit beantragen.

10.2

Wie lange zahlen wir Ihnen Leistungen?

Wenn die \nearrow versicherte Person seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen arbeitsunfähig ist, erbringen wir unsere Leistung erstmals zu folgendem Zeitpunkt: Rückwirkend zum Anfang des nächsten Monats, nachdem die \nearrow versicherte Person arbeitsunfähig geworden ist.

Wir leisten wegen Arbeitsunfähigkeit höchstens für insgesamt 24 Monate. Wenn wir bereits wegen Arbeitsunfähigkeit geleistet haben, rechnen wir diese Zeiträume auf die 24 Monate an. Wenn wir für insgesamt 24 Monate geleistet haben, endet der Arbeitsunfähigkeitschutz. Sie müssen dann keine Beiträge mehr für den Arbeitsunfähigkeitschutz zahlen.

Unsere Leistungen enden zum Ablauf des Monats, in dem

- die \nearrow versicherte Person nicht mehr arbeitsunfähig ist,
- wir keine Bescheinigung nach 13.1.2 erhalten oder
- die \nearrow versicherte Person stirbt.

Unsere Leistungen enden außerdem, wenn

- die \nearrow Leistungsdauer für die Grundfähigkeitenversicherung endet oder
- wir Leistungen erbringen, weil die \nearrow versicherte Person eine Grundfähigkeit verloren hat.

Wenn wir eine Grundfähigkeiten-Rente für einen Zeitraum anerkennen, für den Sie eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit erhalten haben, gilt:

- Wir verrechnen die Rente wegen Arbeitsunfähigkeit mit der Grundfähigkeiten-Rente. Sie erhalten nicht zwei Renten für den gleichen Zeitraum.
- Diesen Zeitraum rechnen wir nicht auf die 24 Monate an, für die wir insgesamt höchstens eine Rente wegen Arbeitsunfähigkeit leisten.

10.3

Wann ist die \mathcal{A} versicherte Person arbeitsunfähig?

Die \mathcal{A} versicherte Person ist nach diesen Bedingungen arbeitsunfähig, wenn

- sie seit mindestens sechs Monaten oder
- seit vier Monaten und für voraussichtlich weitere zwei Monate
- ununterbrochen krankheitsbedingt arbeitsunfähig ist und keine berufliche Tätigkeit ausübt,
- dies durch einen in Deutschland zugelassenen Arzt oder einer in Deutschland zugelassenen Ärztin bescheinigt worden ist (13.1.2) und
- keine Grundfähigkeit verloren hat.

Wenn der \mathcal{A} versicherten Person die Beschäftigung nach dem Mutterschutzgesetz verboten wird, liegt keine Arbeitsunfähigkeit nach diesen Bedingungen vor.

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person ihre bisherige Tätigkeit in einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch V teilweise wieder ausüben kann, gilt: Sie ist weiter arbeitsunfähig nach diesen Bedingungen.

11

Optional: Wie sind Sie abgesichert, wenn Sie den Krankheitschutz vereinbart haben?

11.1

Welche Leistungen erhalten Sie, wenn die \mathcal{A} versicherte Person schwer erkrankt oder einen schweren Unfall erleidet?

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person während der \mathcal{A} Versicherungsdauer schwer erkrankt oder einen schweren Unfall erleidet (11.2), erbringen wir die vereinbarte Einmalzahlung. Diese können Sie Ihrem \mathcal{A} Versicherungsschein entnehmen. Gleichzeitig endet der Krankheitschutz. Sie müssen keine Beiträge mehr für den Krankheitschutz zahlen.

Wir leisten nur, wenn

- 14 Tage vergangen sind, nachdem eine Ärztin oder ein Arzt die schwere Krankheit festgestellt hat oder der Unfall eingetreten ist und
- die \mathcal{A} versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person in den ersten sechs Monaten schwer erkrankt, erbringen wir keine Leistung. Diese Sechs-Monats-Frist beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag zahlen. Wenn die \mathcal{A} versicherte Person einen schweren Unfall erleidet, zahlen wir auch in den ersten sechs Monaten.

Es gelten dabei dieselben Ausschlüsse wie in 12.

Wenn die \mathcal{A} versicherte Person während der \mathcal{A} Versicherungsdauer eine Grundfähigkeit verliert, ohne dass eine der versicherten schweren Erkrankungen eingetreten ist, gilt: Wir erbringen zusätzlich zur vereinbarten Grundfähigkeiten-Rente folgende Leistung:

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

11.2

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

Diese Krankheiten gelten unter folgenden Bedingungen als schwere Erkrankungen:

- a. Fortgeschrittener Krebs
Versichert ist, wenn bei der \mathcal{A} versicherten Person eine bösartige Gewebsneubildung festgestellt wird. Diese ist gekennzeichnet durch
 - unkontrolliertes Wachstum,
 - Vermehrung von Tumorzellen und
 - Einwanderung in gesundes Gewebe sowie dessen Zerstörung.

Diese Bedingungen müssen durch einen fachärztlichen Befund mit feingeweblichem (histopathologischem) Nachweis festgestellt werden. Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die auf

- zirkulierende Tumorzellen oder
- Tumor-assoziierte Moleküle in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl beruhen.

Krebs nach diesen Bedingungen beinhaltet auch Leukämie, bösartige Tumore des Lymphsystems

(Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Erkrankungen des Knochenmarks.

Nicht versichert sind:

- Alle prämaligen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (Carcinoma in situ; zum Beispiel CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Stadium 0).
- Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0 und T1bN0M0.
- Früher Blasenkrebs nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0 und T1bN0M0.
- Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0, T1bN0M0 und T2aN0M0.
- Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome.
- Alle Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung keine Strahlen-, Chemo- oder Immuntherapie (Immune checkpoint inhibitors oder Car-T) erforderlich ist.

Für die Stadieneinteilungen und Klassifikationen gelten die TNM-Klassifikation nach UICC/AJCC und die Klassifikation für Lymphomerkrankungen nach Ann Arbor.

b. Herzinfarkt

Versichert ist, wenn bei der \mathcal{A} versicherten Person ein Herzinfarkt aufgetreten ist. Dabei stirbt ein Teil des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel ab (Myokardinfarkt). Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kardiologie muss einen Myokardinfarkt dadurch definitiv nachweisen:

- Die herzspezifischen Enzyme (zum Beispiel Troponine) sind charakteristisch angestiegen und
- im Elektrokardiogramm (EKG) oder bei anderen positiven Befunden in der diagnostischen Bildgebung wird eine neue, charakteristische Veränderung festgestellt.

Nicht versichert ist Angina Pectoris.

c. Schlaganfall

Versichert ist, wenn bei der \mathcal{A} versicherten Person ein Schlaganfall (Hirninfrakt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) aufgetreten ist. Ein Schlaganfall ist eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, die durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung hervorgerufen wird. Der Schlaganfall muss durch einen Neurologen/eine Neurologin, eine Internistin/einen Internisten oder einen Intensivmediziner/eine Intensivmedizinerin mittels craniale Computertomographie (CCT) oder

Magnetresonanztomographie (MRT) nachgewiesen werden.

Zusätzlich muss eines der folgenden Symptome über mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen haben:

- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie oder
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Die Symptome sind nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar und bestehen voraussichtlich auf Dauer fort.

Ausgeschlossen sind vorübergehende neurologische Ausfallerscheinungen. Diese können zum Beispiel auftreten bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

- ### d. Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen
- Versichert ist, wenn die \mathcal{A} versicherte Person an einer Multiple Sklerose erkrankt ist. Eine Multiple Sklerose ist eine chronisch fortschreitende, neurologische Erkrankung des zentralen Nervensystems. Ein Facharzt oder eine Fachärztin für Neurologie muss diese nach den McDonald-Kriterien in der Revision von 2017 nachweisen.

Zusätzlich müssen dadurch neurologische Einschränkungen vorliegen, die einer Behinderung auf der EDSS-Skala (Expanded Disability Status Scale) von $\geq 4,5$ entsprechen. Der Nachweis muss durch einen Facharzt für Neurologie erfolgen.

e. Schwere Unfall

Ein Unfall liegt vor, wenn die \mathcal{A} versicherte Person

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

Versichert ist, wenn die \mathcal{A} versicherte Person durch den Unfall

- mindestens einen Arm und ein Bein dauerhaft und vollständig nicht mehr gebrauchen kann,

- beide Arme oder beide Beine jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks verliert,
- eine jeweils drittgradige Verbrennung, Erfrierung oder Verätzung erleidet von mindestens
 - 20 Prozent der Körperoberfläche oder
 - 50 Prozent der Oberfläche des Gesichtes einschließlich der Stirn und der Ohren,
- eine schwere Kopfverletzung mit irreversibler Schädigung des Hirns und dauerhaften neurologischen Ausfällen erleidet oder
- mindestens 96 Stunden durchgehend tief bewusstlos ist und auch auf externe Reize nicht reagiert. Ein ärztlich eingeleitetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

12

In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall eingetreten ist:

- a. Durch Unruhen,
 - die aus der Bevölkerung heraus entstanden sind (innere Unruhen), und
 - an denen die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestiftenden teilgenommen hat.
- b. Weil die Versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aktiv an kriegerischen Ereignissen beteiligt war.
Durch unmittelbare oder mittelbare Folgen eines terroristischen Anschlags unter folgenden Bedingungen:
Der Anschlag
 - erfolgt, indem vorsätzlich atomare, biologische oder chemische Stoffe eingesetzt oder freigesetzt werden,
 - ist darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit von Personen zu gefährden und
 - führt dazu, dass wir mehr Leistungen auszahlen müssen als wir angenommen haben. Diese Mehrleistungen dürfen für uns nicht vorhersehbar gewesen sein. Wegen der Mehrleistungen können wir nicht mehr sicherstellen, dass wir alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder oder eine unabhängige Treuhänderin muss bestätigen, dass die zuvor genannten Bedingungen erfüllt sind.
- c. Durch Strahlen infolge von Kernenergie. Diese Strahlen gefährden oder schädigen das Leben oder die Gesundheit von Personen. Die Strahlen kann man nur abwehren oder bekämpfen durch den Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder einer vergleichbaren Einrichtung.

- d. Weil Sie oder die begünstigte Person widerrechtlich gehandelt und dadurch vorsätzlich den Versicherungsfall herbeigeführt haben.
- e. Weil die Versicherte Person vorsätzlich eine Straftat begangen hat oder dieses versucht hat. Kein Ausschluss liegt vor, wenn die Versicherte Person die Straftat grob fahrlässig oder fahrlässig begeht, zum Beispiel im Straßenverkehr. Ebenfalls liegt kein Ausschluss vor, wenn die Versicherte Person eine Ordnungswidrigkeit begeht.
- f. Weil die Versicherte Person die Krankheit oder den Verfall der Kräfte absichtlich herbeigeführt hat. Oder weil sie sich absichtlich selbst verletzt hat oder versucht hat sich zu töten. Wir werden jedoch in folgendem Fall leisten: Die Versicherte Person befindet sich zum Zeitpunkt der Handlung in einem Zustand, in dem ihre Geistestätigkeit krankhaft gestört ist. Dies gilt dann, wenn die Versicherte Person aufgrund dieser Störung nicht in der Lage ist, sich einen freien Willen zu bilden. Dies müssen Sie uns nachweisen.

C Auszahlung der Leistungen

13

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

13.1

Welche Unterlagen müssen Sie einreichen?

Wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung beantragen möchten, müssen Sie uns unverzüglich Unterlagen einreichen. Welche Unterlagen das sind, hängt von den Leistungen ab, die Sie beantragen.

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

13.1.1

Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die Versicherte Person eine Grundfähigkeit (8) verloren hat:

- Eine Darstellung, warum die Versicherte Person eine Grundfähigkeit verloren hat.
- Ausführliche Berichte der Ärztinnen und Ärzte, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln, in der Vergangenheit behandelt oder untersucht haben. Die Berichte müssen folgende Punkte beinhalten:
 - Die Ursache des Leidens,
 - den Beginn des Leidens,
 - die Art des Leidens,
 - den Verlauf des Leidens und

- die voraussichtliche Dauer des Leidens und
- die Auswirkungen des Leidens auf die Grundfähigkeit.
- Für den Fall, dass der \mathcal{Z} versicherten Person eine Fahrerlaubnis nicht erteilt oder entzogen wurde (8.2.16 a. oder 8.7 a.): Einen amtlichen Nachweis über die Fahruntauglichkeit und den Führerscheinentzug.
- Für den Fall, dass die \mathcal{Z} versicherte Person pflegebedürftig (8.2.18) geworden ist:
 - Ärztliche Berichte, in denen die Art und der Umfang der Pflegebedürftigkeit aufgeführt werden.
 - Eine Bescheinigung über Art und Umfang der Pflege von der Person oder Einrichtung, die die \mathcal{Z} versicherte Person pflegt.
- Für den Fall, dass die \mathcal{Z} versicherte Person gesetzlich betreut wird (8.2.17): Einen Nachweis über die gerichtliche Anordnung der Betreuung auf der Grundlage eines psychiatrischen Gutachten.
- Für den Fall, dass die \mathcal{Z} versicherte Person einem Tätigkeitsverbot (8.3.5 oder 8.7 c.) unterliegt: Einen amtlichen Nachweis über das Tätigkeitsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz.
- Für den Fall, dass die \mathcal{Z} versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit aufgrund einer arbeitsmedizinischen Untersuchung nicht ausüben darf (8.7 b.): Einen Nachweis über eine G26-Untersuchung.

13.1.2

Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die \mathcal{Z} versicherte Person arbeitsunfähig (10) geworden ist: Ein in Deutschland zugelassener Arzt oder eine in Deutschland zugelassene Ärztin muss die Arbeitsunfähigkeit in folgender Form bescheinigen:

- Nach § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz („AU-Bescheinigung“) oder
- eine vergleichbare ärztliche Bescheinigung in \mathcal{Z} Textform, wenn die \mathcal{Z} versicherte Person kein Arbeitnehmer oder keine Arbeitnehmerin ist.

Die Bescheinigung muss einen Diagnoseschlüssel nach § 295 Sozialgesetzbuch V in der Fassung vom 17.02.2016 oder eine Diagnose enthalten. Wir akzeptieren Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft.

Wenn Sie Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit beantragen, müssen Sie nicht gleichzeitig Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit beantragen. Wir dürfen jedoch prüfen, ob die \mathcal{Z} versicherte Person eine Grundfähigkeit nach diesen Bedingungen verloren hat.

13.1.3

Folgende Unterlagen müssen Sie uns einreichen, wenn die \mathcal{Z} versicherte Person schwer erkrankt oder verunfallt (11) ist:

Eine Fachärztin oder ein Facharzt muss in \mathcal{Z} Textform bestätigen, dass die \mathcal{Z} versicherte Person krank ist. Gegebenenfalls muss eine Fachärztin oder ein Facharzt bestätigen, dass der bezeichnete Eingriff notwendig ist oder durchgeführt wurde. Die Befunde von Untersuchungen müssen die Krankheit oder den Eingriff belegen. Die angewendeten Verfahren müssen dem aktuellen Stand der Wissenschaft entsprechen. Das bedeutet: Der Arzt oder die Ärztin muss die Verfahren entsprechend der aktuellen Leitlinien durchführen.

Wenn die \mathcal{Z} versicherte Person einen schweren Unfall erleidet (11.2 e.), gilt: Sie oder die \mathcal{Z} versicherte Person müssen uns den Hergang und die Folgen des Unfalls nachweisen.

13.2

Welche Auskünfte und Prüfungen können wir außerdem verlangen?

13.2.1

Wir können folgende weiteren Maßnahmen von der \mathcal{Z} versicherten Person verlangen:

- Medizinische Auskünfte,
- zusätzliche ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärztinnen oder Ärzte und
- weitergehende Auskünfte, zum Beispiel zum Gesundheitszustand.

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

- Gutachter:innen,
- Ärzte/Ärztinnen und
- sachverständige Dienstleister:innen.

Die Kosten für diese Maßnahmen tragen wir.

Wenn sich die \mathcal{Z} versicherte Person im Ausland aufhält, prüfen wir Folgendes: Kann sich die \mathcal{Z} versicherte Person im Ausland vergleichbar wie in Deutschland untersuchen lassen? Ist dies nach unserer Einschätzung nicht der Fall, können wir Folgendes verlangen: Die \mathcal{Z} versicherte Person muss sich in Deutschland untersuchen lassen. In diesem Fall übernehmen wir die Reise- und Aufenthaltskosten bis zu folgender Höhe:

- Eine Bahnfahrt in der 2. Klasse,
- Flugkosten in der günstigsten Kategorie der Fluggesellschaft einschließlich Gepäck und
- Übernachtungskosten in Höhe von 100 EUR pro Nacht im Jahr 2020. Für künftige Jahre ändert sich der Betrag

im gleichen Verhältnis wie der Verbraucherpreisindex in Deutschland.

13.2.2

Die \mathcal{Z} versicherte Person muss folgende Personen oder Einrichtungen ermächtigen, uns Auskünfte zu geben:

- Ärztinnen/Ärzte,
- Heilbehandler:innen,
- Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime und Pflegepersonen, bei denen die \mathcal{Z} versicherte Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird,
- andere Versicherungsunternehmen,
- Pflegekassen und gesetzliche Krankenkassen und
- Berufsgenossenschaften und Behörden.

Wir werden die genannten Personen oder Einrichtungen nur bei Bedarf um Auskünfte bitten. Zum Beispiel, wenn wir überprüfen,

- ob wir Leistungen erbringen oder nicht und
- ob die Angaben richtig sind, die Sie oder die \mathcal{Z} versicherte Person vor dem Vertragsschluss gemacht haben.

Wir informieren die \mathcal{Z} versicherte Person, bevor wir uns Auskunft bei den genannten Einrichtungen einholen.

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

Die \mathcal{Z} versicherte Person kann uns auch untersagen, eine Auskunft einzuholen. Um zu überprüfen, ob die \mathcal{Z} versicherte Person eine Grundfähigkeit verloren hat, pflegebedürftig, arbeitsunfähig oder schwer erkrankt ist, benötigen wir aber die genannten Nachweise. Wenn wir aufgrund der Auskunftsverweigerung nicht alle benötigten Nachweise im Original erhalten, gilt: Die \mathcal{Z} versicherte Person verletzt ihre Pflicht aus 13.1 und 13.2. Dies kann zur Folge haben, dass wir gar nicht oder nur teilweise leisten. Siehe hierzu 16.

13.3

Wie unterstützen wir Sie, bevor oder während Sie eine Leistung beantragen?

Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben oder eine Beratung wünschen, helfen wir Ihnen gern. Wir informieren Sie außerdem gern über

- den Umfang Ihres Versicherungsschutzes,
- die eingeschlossenen Zusatzleistungen,

- vorbeugende Maßnahmen für die Gesundheit der \mathcal{Z} versicherten Person und
- geeignete Fachärzte/Fachärztinnen, Fachkliniken, Therapeuten/Therapeutinnen und Reha-Zentren.

Wenn Sie eine Leistung beantragen möchten, unterstützen wir Sie telefonisch oder persönlich

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie den Verlust einer Grundfähigkeit, eine Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit oder eine schwere Krankheit nachweisen können.

Außerdem informieren wir Sie detailliert, wie wir die Leistung prüfen und wann wir über die Leistung entscheiden.

14

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

14.1

Wann teilen wir Ihnen mit, ob wir leisten?

Wir teilen Ihnen innerhalb von fünf Arbeitstagen mit, ob wir eine Leistung erbringen oder welche weiteren Unterlagen wir benötigen. Die Frist beginnt, nachdem uns alle in 13 genannten Nachweise vollständig vorliegen. Wenn noch nicht alle Nachweise vorliegen, informieren wir Sie regelmäßig alle vier Wochen über den Stand der Bearbeitung.

14.2

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

14.2.1

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

- a. Zeitpunkt, ab dem wir
 - den Verlust einer Grundfähigkeit,
 - die Arbeitsunfähigkeit oder
 - die schwere Erkrankung anerkennen und
- b. Zeitpunkt, an dem wir über die Leistung entscheiden.

Wenn wir eine Leistung nur für die schwere Erkrankung (11) erbringen, zahlen wir die zu viel gezahlten Beiträge des KrankheitsSchutz zurück.

14.2.2

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

- Wenn wir entscheiden, dass wir keine Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge in einem Betrag oder in Raten nachzahlen. Diese Raten teilen wir in gleichen Beträgen auf einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten auf. Wir berechnen weder für die gestundeten Beiträge noch für die Ratenzahlung Zinsen.
- Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen möchten, können Sie zwischen folgenden Möglichkeiten wählen:
 - Die Leistungen sollen weiterhin genauso hoch versichert sein, wie bisher. In diesem Fall steigt der Beitrag.
 - Die Beiträge sollen weiterhin genauso hoch sein, wie bisher. In diesem Fall sinken die Leistungen.
- Wenn wir entscheiden, dass wir Leistungen erbringen: Dann müssen Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen.

Im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung gilt: Wir stunden die Beiträge zinslos bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung.

14.3

Wie lange leisten wir?

Wenn wir eine Leistung wegen Verlust einer Grundfähigkeit anerkennen, befristen wir diese nicht. Ausnahme: Wenn wir eine Grundfähigkeiten-Rente wegen eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz zahlen (8.3.5), befristen wir diese auf höchstens 24 Monate.

14.4

Wie zahlen wir die Leistung aus?

Wir überweisen die Leistung an die \mathcal{Z} begünstigte Person. Wenn wir die Leistung in ein Land außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes überweisen sollen, gilt: Dann trägt die empfangsberechtigte Person die mit der Überweisung verbundenen Kosten und Gefahr. Die Gefahr liegt vor allem darin, dass das Geld nicht oder nicht vollständig beim Empfänger oder der Empfängerin ankommt.

15

Was müssen Sie beachten, während wir Leistungen erbringen?

15.1

Was müssen Sie uns mitteilen?

Sie, die \mathcal{Z} versicherte Person oder die \mathcal{Z} begünstigte Person müssen uns \mathcal{Z} unverzüglich mitteilen, wenn

- die gesetzliche Betreuung aufgehoben wird,
- die Fahrerlaubnis für PKW oder Motorrad erteilt wird,
- sich das behördliche Tätigkeitsverbot ändert,
- die \mathcal{Z} versicherte Person den Pflegeort für länger als sechs Monate an einen Ort verlegt, der sich außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens befindet oder
- die \mathcal{Z} versicherte Person stirbt.

15.2

Welche Unterlagen können wir anfordern?

Welche Auskünfte und Prüfungen können wir verlangen?

Wir dürfen prüfen, ob bei der \mathcal{Z} versicherten Person weiterhin der Verlust einer Grundfähigkeit vorliegt. Es gelten die Regelungen zu 7 und 8.

Um die Prüfung vorzunehmen, dürfen wir verlangen, dass die \mathcal{Z} versicherte Person

- uns jederzeit Auskünfte und Unterlagen zu ihrem Gesundheitszustand oder zu eingetretenen Verbesserungen gibt und
- sich einmal jährlich umfassend untersuchen lässt. Wir dürfen eine Ärztin oder einen Arzt mit der Untersuchung beauftragen. Die Kosten für die ärztliche Untersuchung tragen wir. Hierfür gelten die gleichen Regelungen wie in 13.

Außerdem dürfen wir Nachweise verlangen, dass die \mathcal{Z} versicherte Person noch lebt. Ein Nachweis muss ein amtliches Zeugnis sein.

15.3

Was sind die Folgen, wenn die \mathcal{Z} versicherte Person ihre Grundfähigkeit wiedererlangt hat?

Wenn die \mathcal{Z} versicherte Person ihre Grundfähigkeit wiedererlangt hat, leisten wir nicht mehr.

Wenn wir die Leistung einstellen, teilen wir dies Ihnen und der \mathcal{Z} begünstigten Person mit. Darin erläutern wir auch die Gründe für unsere Entscheidung. Ab dem folgenden Zeitpunkt stellen wir unsere Leistung ein: Drei Kalendermonate ab dem nächsten Monatsersten, nachdem Sie und die \mathcal{Z} begünstigte Person unsere Mitteilung erhalten haben.

Wenn die Leistungen enden, müssen Sie ab diesem Zeitpunkt wieder Beiträge zahlen. Dies gilt nicht, wenn die vereinbarte \nearrow Beitragszahlungsdauer bereits abgelaufen ist.

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

16

Welche Folgen hat es, wenn Sie Ihre Pflichten verletzen?

Solange Sie, die \nearrow versicherte Person oder die \nearrow begünstigte Person eine Pflicht aus 13 und 15 \nearrow vorsätzlich verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

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

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

- Wenn uns eine der in 16 Satz 1 genannten Personen Folgendes nachweist: Diese Person hat nicht \nearrow grob fahrlässig gegen eine Pflicht aus 13 und 15 verstoßen.
- Wenn eine der in 16 Satz 1 genannten Personen zwar gegen eine Pflicht aus 13 und 15 verstoßen hat, aber folgende Einschränkung gilt: Der Verstoß hat sich nicht auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ausgewirkt.
- Wenn Sie Ihre genannten Pflichten später erfüllen. Dann erbringen wir die Leistung ab Beginn des Monats, in dem Sie die Pflicht erfüllt haben.
- Wenn wir Sie nicht darauf hingewiesen haben, welche Folge ein Verstoß gegen die in 13 und 15 genannten Pflichten hat. Wir müssen Sie in einer gesonderten Mitteilung in \nearrow Textform auf die Folge hingewiesen haben.

17

Wer erhält die Leistung?

17.1

An wen zahlen wir die Leistung?

Die Leistung aus diesem Vertrag erbringen wir an Sie. Sie können uns auch eine andere Person benennen, die an Ihrer Stelle die Leistung erhalten soll. Sie oder die andere Person nennen wir \nearrow begünstigte Person.

Sie können eine \nearrow begünstigte Person auf zwei Wegen benennen:

- a. **Widerruflich:** Sie können jederzeit in \nearrow Textform eine andere Person als begünstigt benennen. Diese Berechtigung können Sie jederzeit widerrufen, solange der \nearrow Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist.
- b. **Unwiderruflich:** Sie können jederzeit in \nearrow Textform eine andere Person sofort und unwiderruflich als begünstigt benennen. Sobald wir diese \nearrow Erklärung erhalten haben, können Sie dieses Bezugsrecht nur noch unter folgenden Bedingungen aufheben:
 - Wenn Sie uns dies in \nearrow Textform mitteilen und
 - die von Ihnen benannte \nearrow begünstigte Person zustimmt.

17.2

Welche Bedeutung hat der \nearrow Versicherungsschein?

Wir können die Leistung an jede und jeden auszahlen, die oder der uns den \nearrow Versicherungsschein vorlegt. Inhaber: innen des \nearrow Versicherungsscheins können uns gegenüber auch alle anderen Rechte aus dem Vertrag geltend machen. Diese gelten auch als bevollmächtigt, unsere \nearrow Erklärungen zu empfangen. Wir müssen also nicht prüfen, ob die Inhaberin oder der Inhaber des \nearrow Versicherungsscheins dazu berechtigt ist. Wir dürfen aber verlangen, dass diese Person uns ihre Berechtigung nachweist. Dabei gibt es folgende Besonderheit: Sie setzen eine \nearrow begünstigte Person ein oder widerrufen eine Bezugsberechtigung. In diesen Fällen müssen wir den Inhaber oder die Inhaberin des \nearrow Versicherungsscheins nur dann als berechtigt anerkennen, wenn Sie uns die Berechtigung in \nearrow Textform angezeigt haben.

17.3

Können Sie Leistungen abtreten oder verpfänden?

Sie können Ansprüche auf Renten-Leistungen aus diesem Vertrag nicht auf Dritte übertragen. Das bedeutet: Sie können diese Ansprüche weder abtreten noch verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gilt: Diese ist uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns in \nearrow Textform angezeigt worden ist.

D Beitragszahlung und Kosten

18

Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

Sie können die Beiträge in folgenden Abständen zahlen:

- Monatlich,
- vierteljährlich,
- halbjährlich oder
- jährlich.

Bei der Baloise Grundfähigkeitsversicherung Start erhöht sich Ihr Beitrag nach drei Versicherungsjahren, ohne dass sich Ihre Leistungen ändern. Wie hoch Ihr Beitrag ist, können Sie Ihren Vertragsunterlagen entnehmen.

Wann müssen Sie Ihre Beiträge zahlen?

Sie müssen den ersten Beitrag zahlen

- sofort nachdem Sie den Vertrag geschlossen haben,
- aber nicht vor dem Vertragsbeginn. Das Datum des Vertragsbeginns finden Sie im Versicherungsschein.

Alle weiteren Beiträge müssen Sie jeweils zum Beginn des gewählten Zahlungsabschnitts (siehe Absatz 1) zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge jeweils am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können,
- wir berechtigt sind, Ihren Beitrag einzuziehen und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie nicht verantwortlich dafür sind, dass wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die Beiträge von unseren Leistungen ab.

19

Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

19.1

Was geschieht, wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

19.1.1

Rücktritt

Wenn Sie Ihren ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, gilt: Wir können vom Vertrag zurücktreten, solange Sie Ihren Beitrag noch nicht gezahlt haben. Wenn wir zurücktreten, müssen Sie uns folgende Kosten erstatten: Alle Kosten für ärztliche Untersuchungen, die uns bei der Risikoprüfung entstanden sind.

In folgendem Fall können wir nicht zurücktreten: Sie sind nicht verantwortlich, dass Sie den Beitrag verspätet bezahlt haben.

19.1.2

Eintritt des Versicherungsfalls

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

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

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

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

19.2

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

19.2.1

Kündigung

In diesem Fall gilt Folgendes:

- a. Wir schicken Ihnen eine Mahnung. Die Kosten dafür tragen Sie. Außerdem erheben wir eine Gebühr. Die Höhe entnehmen Sie bitte der Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Vertragsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu.
- b. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen.
- c. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:
 - Der Versicherungsschutz vermindert sich wie nach einem Beitrags-Stopp (20).
 - Außerdem können wir Ihren Vertrag kündigen. Wir können die Kündigung schon in dem Mahnschreiben aussprechen.
- d. Auf die Folgen a. bis c. weisen wir Sie in der Mahnung hin.

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

19.2.2

Eintritt des ²Versicherungsfalls

Was geschieht, wenn Sie Ihren folgenden Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben und ein ²Versicherungsfall eintritt? In diesem Fall zahlen wir keine oder nur verminderte Leistungen aus, wenn die Frist nach 19.2.1 b. abgelaufen ist.

20

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

20.1

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

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

20.2

Wie hoch sind die Mindestbeträge?

20.2.1

Mindestbetrag für eine Beitrags-Senkung

Nachdem Sie Ihre Beiträge gesenkt haben, muss die garantierte Grundfähigkeiten-Rente mindestens 50 EUR monatlich betragen.

20.2.2

Mindestbetrag für einen Beitrags-Stopp

Es gibt keinen Mindestbetrag für einen Beitrags-Stopp. Sie können Ihre Beiträge stoppen, wenn das um einen Abzug verminderte ²Deckungskapital ausreicht, um Leistungen nach 20.4 zu berechnen.

Wenn das um einen Abzug verminderte ²Deckungskapital nicht ausreicht, endet der Vertrag.

20.3

Welche Gebühren und Abzüge nehmen wir, wenn Sie Ihre Beiträge senken oder stoppen?

20.3.1

Wie hoch sind die Gebühr und der Abzug bei einer Beitrags-Senkung?

Wenn Sie die Beiträge senken, erheben wir eine Gebühr (22.5). Die Höhe der Gebühr entnehmen Sie bitte unserer Gebühren-Tabelle. Diese finden Sie bei Ihren Versicherungsunterlagen. Auf Wunsch schicken wir Ihnen die Gebühren-Tabelle gern zu.

Zusätzlich nehmen wir einen Abzug. Den Abzug berechnen wir anteilig für die wegfallende Grundfähigkeiten-Rente. Der Abzug beträgt 50 Prozent des auf die wegfallende Grundfähigkeiten-Rente entfallenden ²Deckungskapitals.

20.3.2

Wie hoch sind die Gebühr und der Abzug bei einem Beitrags-Stopp?

Wenn Sie die Beiträge stoppen, nehmen wir einen Abzug von 50 Prozent des zu diesem Zeitpunkt vorhandenen ²Deckungskapitals. Weitere Gebühren erheben wir nicht.

20.3.3

Wann ist ein Abzug zulässig?

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies müssen wir nachweisen, wenn Sie an der Angemessenheit zweifeln. Wir haben den Abzug mit pauschalen Annahmen berechnet. Diese halten wir aus folgenden Gründen für angemessen:

- a. Zusätzliche Verwaltungskosten
Ein Beitrags-Stopp und eine Beitrags-Senkung verursachen zusätzliche Verwaltungskosten. Diese sind in den ²Rechnungsgrundlagen nicht berücksichtigt.
- b. Schutz der Risikogemeinschaft
Eine Versicherung ist eine Risikogemeinschaft. Personen mit einem geringen Risiko beantragen eher einen Beitrags-Stopp oder eine Beitrags-Senkung als Personen mit einem hohen Risiko. Dadurch schwächen sie die Risikogemeinschaft. Mit dem Abzug stellen wir sicher, dass der Risikogemeinschaft durch den Beitrags-Stopp oder die Beitrags-Senkung kein Nachteil entsteht.
- c. Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital
Wir bieten Ihnen einen garantierten Versicherungsschutz und verschiedene Optionen. Damit wir diese Versprechen dauerhaft erfüllen können, benötigen wir Risikokapital (Solvenzmittel). Ein Teil davon wird durch die Beiträge der ²Versicherungsnehmer:innen aufgebaut. Bei einem Beitrags-Stopp oder einer Beitrags-Senkung entziehen Sie der Risikogemeinschaft eingeplante Solvenzmittel. Der Abzug gleicht diesen Ausfall aus.

Unabhängig davon haben Sie folgendes Recht: Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem konkreten Fall wesentlich niedriger liegen muss, setzen wir ihn herab. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

20.4

Welche Auswirkungen auf die Leistungen gibt es?

20.4.1

Welche Auswirkungen gibt es?

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

- Höhe der künftigen Beiträge,
- Höhe des vorhandenen \nearrow Deckungskapitals,
- Alter der \nearrow versicherten Person bei Vertragsbeginn,
- Annahmen, die wir bei Ihrem Vertrag darüber getroffen haben, in welchem Umfang die versicherten Leistungen eintreten,
- Annahmen, die wir bei Ihrem Vertrag zu unseren Kosten getroffen haben, sowie
- dem \nearrow Rechnungszins, mit dem wir die Leistungen dieses Vertrages berechnen. Die Höhe der neuen Leistungen können Sie dem Nachtrag zum \nearrow Versicherungsschein entnehmen.

Wenn Sie Ihre Beiträge senken, beachten Sie Folgendes:

- Die Beiträge und Leistungen für den Krankheitschutz senken wir nicht.
- Bei der Baloise Grundfähigkeitenversicherung Start gilt in den ersten drei \nearrow Versicherungsjahren: Wir berechnen Ihre Beiträge und Leistungen neu, so dass die Beitragserhöhung (siehe 18) nach drei \nearrow Versicherungsjahren entfällt.

Wenn Sie Ihre Beiträge stoppen, beachten Sie Folgendes:

- Sie können die Leistungen nach 21 und 27 nicht mehr erhöhen.
- Ein vereinbarter Krankheitschutz nach 11 entfällt.

20.4.2

Wie wirken sich die Kosten auf das \nearrow Deckungskapital aus?

Wenn Sie die Beiträge zu Ihrem Vertrag stoppen, kann das für Sie Nachteile haben. In den ersten Jahren Ihres Vertrages ist das \nearrow Deckungskapital geringer als die Summe der eingezahlten Beträge. Das liegt an den eingerechneten einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie den übrigen Kosten. Auch in den folgenden Jahren erreicht das \nearrow Deckungskapital nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

Wenn Sie regelmäßige Beiträge zahlen, gilt: Wenn wir das \nearrow Deckungskapital berechnen, verteilen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die ersten fünf Jahre des Vertrags, höchstens auf die vereinbarte \nearrow Beitragszahlungsdauer. Die einmaligen

Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe aller vereinbarten \nearrow Tarifbeiträge.

20.5

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

Sie können Ihren Vertrag nach einer Beitrags-Senkung oder einem Beitrags-Stopp wiederherstellen. Dazu können Sie zwischen zwei Möglichkeiten wählen:

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

In beiden Fällen berechnen wir die Leistungen oder Beiträge neu auf der Grundlage, die wir in 23 beschrieben haben.

Wenn wir die Baloise Grundfähigkeitenversicherung Start in den ersten drei \nearrow Versicherungsjahren wiederherstellen, gilt: Wir berechnen Ihre Beiträge und Leistungen neu, so dass die Beitragserhöhung (siehe 18) nach drei \nearrow Versicherungsjahren entfällt.

Wenn wir den Vertrag innerhalb von sechs Monaten wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der \nearrow versicherten Person nicht erneut. Wenn Sie den Vertrag später als sechs Monate wiederherstellen, prüfen wir die Gesundheit der \nearrow versicherten Person. Wenn Sie unmittelbar nach einer Stundung (20.7) eine Beitrags-Senkung oder einen Beitrags-Stopp vorgenommen haben, gilt: Wir rechnen den Zeitraum der Stundung auf die sechs Monate an. Hat sich die Gesundheit für uns bedeutsam verschlechtert, stellen wir die bisherigen Leistungen gar nicht wieder her oder zu schlechteren Bedingungen.

Wir stellen den Vertrag nicht wieder her, wenn

- der \nearrow Versicherungsfall eingetreten ist,
- der Vertrag erloschen ist oder
- wir den Vertrag nach 4.3.1 gekündigt haben.

20.6

Welche zusätzliche Möglichkeit bietet die befristete Beitrags-Senkung oder der befristete Beitrags-Stopp?

Sie können von uns verlangen, dass Sie eine befristete Beitrags-Senkung oder einen befristeten Beitrags-Stopp

einlegen. In dieser Zeit zahlen Sie für bis zu zwölf Monate einen reduzierten oder gar keinen Beitrag. Wenn die \mathcal{Z} versicherte Person sich in Elternzeit befindet, können Sie die Beiträge für bis zu 36 Monate senken oder stoppen. Die Elternzeit müssen Sie uns nachweisen. Die vereinbarten Leistungen senken wir so, wie in 20.2 bis 20.4 beschrieben.

Nach Ablauf der befristeten Beitrags-Senkung oder des befristeten Beitrags-Stopps haben Sie sofort wieder die bisherigen versicherten Leistungen. Wir prüfen die Gesundheit der \mathcal{Z} versicherten Person nicht. Sie zahlen auch wieder Beiträge. Wir berechnen die Höhe der Beiträge neu. Die Beiträge werden höher sein als vorher. Ansonsten gelten die Regelungen in 20.5.

Wir werden Ihrem Wunsch nach einer befristeten Beitrags-Senkung oder einem befristeten Beitrags-Stopp zustimmen, wenn Sie Ihre Beiträge für das erste Jahr vollständig bezahlt haben.

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

20.7 **Wie können Sie Ihre Beiträge vorübergehend aussetzen (Stundung)?**

Sie können Ihre Beiträge vorübergehend für höchstens 24 Monate aussetzen. Während dieser Zeit behalten Sie Ihren Versicherungsschutz. Wenn während der Stundung ein \mathcal{Z} Versicherungsfall eintritt und wir leisten, ziehen wir die gestundeten Beiträge von der Leistung ab.

Folgende Voraussetzungen müssen für eine Stundung erfüllt sein:

- Ihr Vertrag besteht seit mindestens einem Jahr. Für die Baloise GrundfähigkeitenVersicherung Start gilt: Ihr Vertrag besteht seit mindestens vier Jahren.
- Die zu stundenden Beiträge sind höchstens so hoch: Wie das \mathcal{Z} Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums, vermindert um den gleichen Abzug wie nach 20.3.2.
- Sie haben seit der letzten Stundung mindestens für ein Jahr Beiträge gezahlt.

Während der Stundung nehmen wir keine Zinsen. Nach Ablauf des Stundungszeitraums müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Wenn Sie die Beiträge nicht nachzahlen möchten, gehen wir vor wie in 20.5 beschrieben.

Während der Stundung können Sie die Beiträge nach 21 und 27 nicht erhöhen.

21 **Wie können Sie die Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?**

21.1 **Wie funktioniert die automatische Erhöhung?**

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

Die Baloise GrundfähigkeitenVersicherung Start erhöhen wir automatisch erstmals zum fünften \mathcal{Z} Versicherungsjahrestag.

Durch die automatische Erhöhung beginnen die in 4.5 genannten Fristen nicht neu.

21.2 **Wann erhöhen sich die Beiträge?**

Die Beiträge erhöhen sich jeweils einmal im Jahr. Erstmals erhöhen sich die Beiträge nach Ablauf des ersten \mathcal{Z} Versicherungsjahres. Wir informieren Sie rechtzeitig vor jeder Erhöhung darüber, wie hoch der neue Beitrag ist. Der erhöhte Versicherungsschutz beginnt jeweils am Tag der Erhöhung um 12.00 Uhr mittags. Während eines Beitrags-Stopps oder einer Stundung (20) erhöhen wir die Beiträge nicht.

21.3 **Wie erhöhen sich die Leistungen?**

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

Wir berechnen die neuen Leistungen nach folgenden Grundlagen:

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

21.4

Wie können Sie die automatische Erhöhung der Beiträge aussetzen?

Sie können eine automatische Erhöhung wie folgt rückgängig machen:

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

Wenn Sie einer automatischen Erhöhung widersprechen, erhöhen wir Ihre Beiträge rückwirkend nicht. Im folgenden Jahr erhöhen wir Ihre Beiträge wieder normal. Sie können den Erhöhungen jedes Mal widersprechen.

21.5

Wann endet die automatische Erhöhung?

Die automatische Erhöhung endet,

- wenn Sie diese nicht mehr wünschen,
- wenn die \mathcal{A} versicherte Person das 55. Lebensjahr überschritten hat,
- spätestens ein Jahr vor dem Ende der \mathcal{A} Beitragszahlungsdauer oder
- wenn die \mathcal{A} versicherte Person eine Grundfähigkeit verliert oder arbeitsunfähig wird.

Was geschieht, wenn uns erst verspätet mitgeteilt wird, dass der Verlust einer Grundfähigkeit eingetreten ist? Dann entfallen alle automatischen Erhöhungen rückwirkend, seitdem der Verlust einer Grundfähigkeit eingetreten ist.

Wenn

- Sie Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erhalten haben,
- die Grundfähigkeit später wiedererlangt wird oder die Leistung für die Arbeitsunfähigkeit endet und
- Sie wieder Beiträge zahlen,

entscheiden wir darüber, ob Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen können. Unsere Entscheidung machen wir von der Gesundheit der \mathcal{A} versicherten Person abhängig.

22

Welche Kosten fallen für Ihren Vertrag an?

22.1

Welche Kosten gibt es?

Es gibt folgende Kosten:

- Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten (siehe 22.2),
- übrige Kosten (siehe 22.3) und
- zusätzliche anlassbezogene Kosten (Gebühren, siehe 22.5).

Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten sind in den Beiträgen enthalten. Sie müssen diese Kosten nicht zusätzlich bezahlen. Wie hoch die Kosten in Euro sind, entnehmen Sie bitte den Vertragsunterlagen.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (21), erhöhen sich auch die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten.

22.2

Was sind einmalige Abschluss- und Vertriebskosten?

Wir verwenden die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten, vor allem um die Vermittlung des Vertrags zu vergüten und das Risiko zu prüfen.

22.3

Was sind übrige Kosten?

Wir verwenden die übrigen Kosten, um Ihren Vertrag zu verwalten.

22.4

Wie wirken sich die Kosten aus, wenn wir das \mathcal{A} Deckungskapital berechnen?

Wenn wir das \mathcal{A} Deckungskapital berechnen, berechnen wir die aufzuwendenden Kosten wie folgt:

- a. Einmalige Abschluss- und Vertriebskosten
Wenn Sie die Beiträge monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen, wenden wir für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dabei teilen wir diese einmaligen Kosten auf:
 - In den ersten fünf Jahren ab Vertragsbeginn in gleiche Teilbeträge oder

- über die gesamte \nearrow Beitragszahlungsdauer in gleiche Teilbeträge, wenn Sie mit uns eine \nearrow Beitragszahlungsdauer von weniger als fünf Jahren vereinbart haben.

Die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten betragen höchstens 2,5 Prozent der Summe der vereinbarten \nearrow Tarifbeiträge.

Wenn Sie Ihre Beiträge automatisch erhöhen (21), gilt: Wir berechnen die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf den zusätzlichen Beitrag ab dem Zeitpunkt der Erhöhung nach demselben Verfahren.

- b. Übrige Kosten
Übrige Kosten fallen jährlich an.

22.5

Welche Kosten können wir zusätzlich erheben (Gebühren)?

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

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

Die Kosten entfallen, wenn Sie uns nachweisen, dass unsere Annahmen für die Berechnung der Kosten falsch sind. Die Kosten verringern sich, wenn Sie uns nachweisen, dass wir die Kosten zu hoch beziffert haben.

Die genauen Kosten finden Sie in der Gebühren-Tabelle bei Ihren Versicherungsunterlagen. Die Höhe der Kosten kann sich während der \nearrow Vertragsdauer ändern, wenn sich unsere durchschnittlichen Kosten erhöhen oder verringern. Die jeweils aktuellen Kosten können Sie bei uns erfragen.

E Sonstige Regelungen während der Vertragsdauer

23

Welche \nearrow Rechnungsgrundlagen verwenden wir?

Der \nearrow Rechnungszins beträgt 0,25 Prozent. Wir verwenden unternehmenseigene \nearrow Sterbe- und Wahrscheinlichkeitstafeln. Diese basieren

- bei der Grundfähigkeiten-Rente auf den Wahrscheinlichkeitstafeln „BL 2020 GF“ und
- bei dem KrankheitenSchutz auf „BL 2020 DD“.

24

Welche Überschüsse können während der Vertragsdauer zu Ihren Leistungen hinzukommen?

Während der \nearrow Vertragsdauer können Überschüsse zu Ihren Leistungen hinzukommen. Die Überschüsse sind nicht garantiert. Es kann auch vorkommen, dass keine Überschüsse entstehen. Aus folgendem Grund: Wir wissen heute nicht, wie sich die Überschüsse entwickeln werden. Lesen Sie dazu die folgenden Absätze.

24.1

Wie entstehen Überschüsse?

Überschüsse entstehen, weil wir die \nearrow Rechnungsgrundlagen vorsichtig ansetzen. Überschüsse können zum Beispiel in folgenden Fällen entstehen:

- Wir erzielen aus den Kapitalanlagen mehr Erträge, als wir für die garantierten Leistungen benötigen. Von den Erträgen ziehen wir die Aufwendungen für die Kapitalanlage ab.
- Die Risiken treten in geringerem Umfang ein, als wir in die Beiträge eingerechnet haben.
- Die tatsächlich angefallenen Kosten sind niedriger, als wir in die Beiträge eingerechnet haben.

Die in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschüsse unseres Unternehmens nennt man Rohüberschuss. Diesen ermitteln wir jährlich nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs und des Versicherungsaufsichtsgesetzes. Mit dem Jahresabschluss legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung unserer \nearrow Versicherungsnehmer:innen zur Verfügung steht. Wir beteiligen die \nearrow Versicherungsnehmer:innen an diesen Überschüssen, wie es im Aufsichtsrecht vorgegeben ist. Dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

Die auf die \nearrow Versicherungsnehmer:innen entfallenden Überschüsse führen wir zunächst der \nearrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir sie nicht direkt den Verträgen gutschreiben.

Die \nearrow Rückstellung für Beitragsrückerstattung

- gleicht Schwankungen bei der Überschuss-Beteiligung aus und

- darf grundsätzlich nur für die Beteiligung unserer \mathcal{A} Versicherungsnehmer:innen an den Überschüssen verwendet werden.

Aus der Zuführung zur \mathcal{A} Rückstellung für Beitragsrückerstattung können Sie keine bestimmte Höhe der Überschuss-Beteiligung für Ihren Vertrag beanspruchen.

Nur in Ausnahmefällen dürfen wir die \mathcal{A} Rückstellung für Beitragsrückerstattung für andere Zwecke verwenden, wenn die Aufsichtsbehörde zustimmt.

24.2

Wie beteiligen wir Sie an den Überschüssen?

Wenn wir Überschüsse verteilen, fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Renten-, Berufsunfähigkeits- und Grundfähigkeiten-Versicherungen unterschiedlichen Gruppen zu. Die Überschüsse verteilen wir auf diese Gruppen in dem Maß, wie die Gruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Darüber hinaus bilden wir innerhalb dieser Gruppen Gewinnverbände. In einem Gewinnverband befinden sich alle Versicherungen, die in einem ähnlichen Umfang dazu beitragen, dass Überschüsse entstehen. Es kann auch vorkommen, dass innerhalb eines Gewinnverbandes keine Überschüsse entstehen. Welchem Gewinnverband die versicherten Risiken Ihres Vertrages angehören, können Sie dem \mathcal{A} Versicherungsschein entnehmen.

Für jeden Gewinnverband legt der Vorstand auf Vorschlag der Verantwortlichen \mathcal{A} Aktuarin oder des Verantwortlichen \mathcal{A} Aktuars die genaue Höhe der Überschussätze für ein Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen alle Überschussätze im Internet unter www.baloise.de.

25

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

Wir verwenden die Überschüsse, um Ihren Beitrag zu senken. Wir setzen jedes Jahr neu fest, um welchen Betrag sich Ihr Beitrag vermindert. Wir drücken die Höhe der Beitragsminderung in Prozent des \mathcal{A} Tarifbeitrags aus. Wenn wir \mathcal{A} Risikozuschläge vereinbart haben, vermindern sich diese nicht.

Wie stark sich Ihr Beitrag vermindert, garantieren wir nicht. Es kann auch geschehen, dass der Beitrag sich in einem Jahr weniger vermindert, als im Jahr zuvor oder sich auch gar nicht vermindert. In diesen Fällen ist Ihr Beitrag im Folgejahr höher als im Jahr zuvor. Mehr als den \mathcal{A} Tarifbeitrag zahlen Sie aber nicht. Es kann auch

geschehen, dass der Beitrag sich in einem Jahr stärker vermindert, als im Jahr zuvor.

Das Ausmaß, in dem sich Ihr Beitrag vermindert, hängt bei der Grundfähigkeiten-Rente auch davon ab,

- welchen Beruf die \mathcal{A} versicherte Person bei Vertragsbeginn ausgeübt hat oder
- welchen Prozentsatz Sie bei der optionalen Leistungsdynamik (9) vereinbart haben.

Das erste Mal teilen wir die Überschüsse bei Vertragsbeginn zu, das letzte Mal, wenn Sie den letzten Beitrag zahlen.

26

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

Wenn wir eine Grundfähigkeiten-Rente zahlen, teilen wir Ihnen Überschüsse jährlich laufend zu. Wir teilen Ihnen die Überschüsse jeweils zu Beginn eines \mathcal{A} Versicherungsjahres zu.

Das erste Mal teilen wir Ihnen Überschüsse zu, wenn wir mindestens für ein Jahr Leistungen gezahlt haben. Das letzte Mal teilen wir Ihnen die Überschüsse zum Beginn des letzten \mathcal{A} Versicherungsjahres zu, in dem wir eine Leistung zahlen.

Die zugewiesenen Überschüsse erhöhen die Grundfähigkeiten-Rente. Wenn wir die Grundfähigkeiten-Rente mit Überschüssen erhöht haben, ist diese bis zum Ende der Leistung garantiert. Den nächsten Überschuss berechnen wir auf die zuletzt gezahlte Rente.

27

Wann und wie können Sie die Leistungen unabhängig vom Gesundheitszustand der \mathcal{A} versicherten Person erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

Ob in Ihrem Vertrag die Nachversicherungsgarantie eingeschlossen ist, können Sie Ihrem \mathcal{A} Versicherungsschein entnehmen.

27.1

In welchen Fällen können Sie die Leistungen erhöhen?

In den folgenden Fällen können Sie die Leistungen erhöhen. Dabei prüfen wir die Gesundheit der \mathcal{A} versicherten Person nicht. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit dürfen wir prüfen (siehe 27.2 d.).

- a. Die \mathcal{A} versicherte Person heiratet.
- b. Die \mathcal{A} versicherte Person lässt sich scheiden oder hebt eine eingetragene Lebenspartnerschaft auf.

- c. Die \nearrow versicherte Person bekommt oder adoptiert ein minderjähriges Kind.
- d. Die \nearrow versicherte Person zieht erstmals aus der elterlichen Wohnung aus.
- e. Die \nearrow versicherte Person erwirbt eine selbstgenutzte Immobilie.
- f. Die \nearrow versicherte Person nimmt einen Immobilienkredit für eine selbstgenutzte Immobilie über mindestens 100.000 EUR auf.
- g. Die \nearrow versicherte Person ist nicht mehr in der gesetzlichen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk pflichtversichert.
- h. Die \nearrow versicherte Person ist nicht mehr oder in geringem Umfang in der gesetzlichen Rentenversicherung gegen Invalidität abgesichert. Der Grund liegt darin, dass die gesetzliche Rentenversicherung den Umfang der Absicherung reduziert hat.
- i. Das Bruttoeinkommen der \nearrow versicherten Person aus beruflicher Tätigkeit überschreitet erstmals die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- j. Die \nearrow versicherte Person nimmt erstmals eine selbstständige Berufstätigkeit auf.
- k. Eine betriebliche Altersversorgung zugunsten der \nearrow versicherten Person entfällt oder wird reduziert. Die Versorgung muss Leistungen für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit vorsehen.
- l. Die \nearrow versicherte Person erfährt einen Karrieresprung. Als Karrieresprung gilt, wenn die \nearrow versicherte Person
 - nicht selbstständig ist: Das monatliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit hat sich um mindestens 10 Prozent erhöht. Dabei legen wir das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen der zwölf Monate vor der Erhöhung zugrunde.
 - freiberuflich oder selbstständig ist: Das Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit hat sich um mindestens 25 Prozent erhöht. Gemeint ist hierbei das Bruttoeinkommen der letzten zwei Kalenderjahre im Vergleich zu den beiden Kalenderjahren davor. Unter Bruttoeinkommen verstehen wir den Gewinn oder den Jahresüberschuss vor Steuern. Der Zeitpunkt des Karrieresprungs ist der 31.12. des zweiten der beiden Jahre, in denen sich das Bruttoeinkommen entsprechend erhöht hat.
- m. Die \nearrow versicherte Person beginnt
 - eine \nearrow Ausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf oder eine Laufbahnausbildung für Beamte/Beamtinnen oder
 - ein \nearrow Studium an einer staatlich anerkannten Hochschule, Fachhochschule oder Berufsakademie.
- n. Die \nearrow versicherte Person beginnt nach erfolgreichem Abschluss einer \nearrow Ausbildung oder eines \nearrow Studiums eine berufliche Tätigkeit. Die \nearrow Ausbildung oder das \nearrow Studium müssen dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein.
- o. Die \nearrow versicherte Person hat eine weitergehende akademische berufliche Qualifikation oder eine Meisterprüfung erfolgreich abgeschlossen.
- p. Der Ehepartner/die Ehepartnerin oder die eingetragene Lebenspartnerin/der eingetragene Lebenspartner der \nearrow versicherten Person stirbt oder wird pflegebedürftig in der Pflegepflichtversicherung.
- q. Zusätzlich können Sie die Leistungen einmal in den ersten fünf Jahren und zu Beginn des elften \nearrow Versicherungsjahres erhöhen. Bei der Baloise Grundfähigkeitenversicherung Start können Sie abweichend zu Beginn des sechsten und elften \nearrow Versicherungsjahres erhöhen.

27.2

Welche Bedingungen müssen Sie für die Erhöhung beachten?

Sie können die Leistungen in den Fällen nach 27.1 nur erhöhen, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a. Der Fall nach 27.1 muss während der \nearrow Versicherungsdauer eingetreten sein.
- b. Sie können die Nachversicherungsgarantie innerhalb von sechs Monaten ausüben, nachdem der Fall eingetreten ist.
- c. Die letzte Erhöhung zu einem Fall nach 27.1 muss mindestens zwölf Monate her sein.
- d. Die erhöhten Leistungen haben höchstens folgenden Umfang:
 - Die garantierte Grundfähigkeiten-Rente darf nach der Erhöhung höchstens doppelt so hoch sein wie vor der Erhöhung.
 - Die gesamte Grundfähigkeiten-Rente erhöhen wir höchstens auf 2.500 EUR monatlich. In den Fällen nach 27.1 m. erhöhen wir die Grundfähigkeiten-Rente höchstens auf 1.500 EUR bei einer \nearrow Ausbildung oder 2.000 EUR bei einem \nearrow Studium.
 - Alle Grundfähigkeiten-, Berufsunfähigkeits- und Erwerbsunfähigkeits-Renten für die \nearrow versicherte Person einschließlich dieser Erhöhung dürfen insgesamt höchstens 80 Prozent des Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit betragen. Das müssen Sie uns nachweisen.
- e. In den Fällen 27.1 a. bis p. müssen Sie uns das jeweilige Ereignis in Textform nachweisen.
- f. Die \nearrow versicherte Person kann zum Zeitpunkt der Erhöhung ihre schulische, studentische oder berufliche Tätigkeit ausüben.

27.3

Wie berechnen wir die erhöhten Leistungen und Beiträge?

Wenn Sie die Leistungen zu den in 27.1 genannten Fällen erhöhen, erhöhen sich damit auch die Beiträge.

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

- Es gelten die Bedingungen, die am Tag der Erhöhung gültig sind.
- Einen Krankheitschutz (11) können Sie nicht einschließen.
- Wenn Sie die Baloise Grundfähigkeitenversicherung Start mit uns vereinbart haben, erfolgt die Erhöhung nicht nach einem Start-Tarif. Der Beitrag erhöht sich also nicht nach drei Versicherungsjahren (siehe 18).
- Die Erhöhung aus der Nachversicherung hängt vom ursprünglichen Vertrag ab. Das heißt: Sie können Rechte aus der Erhöhung nur geltend machen, solange auch der ursprüngliche Vertrag besteht.

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

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

27.4

Wann beginnt die Erhöhung?

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

27.5

Wann endet die Möglichkeit zur Erhöhung?

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

- a. Die versicherte Person hat das 51. Lebensjahr vollendet.
- b. Für die versicherte Person sind bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden: Verlust einer

Grundfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder -minderung.

- c. Die versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
- d. Sie zahlen keine Beiträge.
- e. Sie haben falsche oder unvollständige Angaben gemacht und wir treten zurück, kündigen den Vertrag oder passen ihn an. Beachten Sie 3 und 4.

27.6

In welchen Fällen können Sie die Leistungsdauer verlängern?

Wenn sich die Regelaltersgrenze in

- der allgemeinen gesetzlichen Rentenversicherung oder
- den berufsständischen Versorgungswerken erhöht, können Sie die Leistungsdauer bis zur neuen Regelaltersgrenze verlängern. Dafür stellen wir keine neuen Fragen zur Gesundheit der versicherten Person. Die Versicherungsdauer ändert sich nicht. Es gilt folgende Voraussetzung: Ihr Vertrag hatte schon bisher eine Leistungsdauer bis zur bisherigen Regelaltersgrenze.

Wenn Sie die Leistungsdauer verlängern, erhöht sich der Beitrag. Die Grundfähigkeiten-Rente ändert sich nicht. Ansonsten gelten die Regelungen wie für die Erhöhung in 27.2, 27.4 und 27.5.

28

Was ist die BU-Option?

Ob in Ihrem Vertrag die BU-Option eingeschlossen ist, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

28.1

Wann können Sie eine Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne Prüfung der Gesundheit erhalten?

Sie können einmalig eine Berufsunfähigkeits-Versicherung für die versicherte Person ohne Prüfung der Gesundheit nach folgenden Voraussetzungen erhalten:

- Die versicherte Person
 - beginnt nach erfolgreichem Abschluss einer Ausbildung oder eines Studiums erstmals eine berufliche Tätigkeit; die Ausbildung oder das Studium müssen dabei auf die berufliche Tätigkeit ausgerichtet gewesen sein, oder
 - beendet erfolgreich eine Weiterbildung als Fachwirt, Techniker oder Meister und übt eine berufliche Tätigkeit aus, auf die die Weiterbildung ausgerichtet war.

- Sie üben die BU-Option innerhalb von sechs Monaten
 - nach Aufnahme der beruflichen Tätigkeit oder
 - nach Beendigung der Weiterbildung aus.
- Die \mathcal{A} versicherte Person ist zu diesem Zeitpunkt höchstens 27 Jahre alt.
- Der Vertrag besteht seit mindestens fünf Jahren.
- Die monatliche Berufsunfähigkeits-Rente ist nicht höher als die Grundfähigkeiten-Rente und höchstens
 - 1.000 EUR monatlich, wenn die \mathcal{A} versicherte Person bei Vertragsbeginn bis 15 Jahre alt war oder
 - 1.500 EUR monatlich, wenn die \mathcal{A} versicherte Person bei Vertragsbeginn älter als 15 Jahre alt war.
- Wir haben die Baloise Grundfähigkeiten-Versicherung ohne Ausschluss eines Risikos oder \mathcal{A} Risikozuschlag angenommen.
- Sie haben falsche oder unvollständige Angaben gemacht und wir treten zurück, kündigen den Vertrag oder passen ihn an. Beachten Sie 3 und 4.

29

Wann können wir die Beiträge oder Leistungen anpassen?

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

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

Unter folgender Bedingung dürfen wir die Beiträge nicht neu berechnen:

- Bei Vertragsbeginn oder einer späteren Neuberechnung haben wir die Beiträge zu niedrig berechnet und
- ein ordentlicher und gewissenhafter \mathcal{A} Aktuar oder eine ordentliche und gewissenhafte \mathcal{A} Aktuarin hätte dies zum Zeitpunkt der Berechnung erkennen müssen.

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

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

30

Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

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

28.2

Welche weiteren Bedingungen gelten?

Wenn Sie die Berufsunfähigkeits-Versicherung beantragen, gelten

- die Versicherungsbedingungen (ohne Nachversicherungsgarantie, automatische jährliche Erhöhung bis höchstens 3 Prozent) und die \mathcal{A} Rechnungsgrundlagen, die für neue Verträge gültig sind,
- das \mathcal{A} rechnungsmäßige Alter der \mathcal{A} versicherten Person zu diesem Zeitpunkt,
- die \mathcal{A} Versicherungsdauer, \mathcal{A} Leistungsdauer und \mathcal{A} Beitragszahlungsdauer dieses Vertrags und
- der dann ausgeübte Beruf der \mathcal{A} versicherten Person.

Nachdem Sie die BU-Option ausgeübt haben, erlischt dieser Vertrag. Wenn die Berufsunfähigkeits-Rente niedriger ist als die bisherige Grundfähigkeiten-Rente, gilt: Sie können diesen Vertrag mit einer Grundfähigkeiten-Rente fortführen, die zusammen mit der Berufsunfähigkeits-Rente so hoch ist wie bisher.

28.3

Wann endet die BU-Option?

In folgenden Fällen haben Sie keine Möglichkeit mehr, die BU-Option auszuüben:

- Die \mathcal{A} versicherte Person ist älter als 27 Jahre.
- Für die \mathcal{A} versicherte Person sind bereits aus irgendeiner privaten oder gesetzlichen Versicherung Leistungen für folgende Fälle beantragt worden: Verlust einer Grundfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder -minderung,
- Die \mathcal{A} versicherte Person ist schwerbehindert oder hat einen Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt.
- Sie zahlen keine Beiträge.

30.1

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

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

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

30.2

Wann wird die neue Bestimmung wirksam?

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

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

31

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

31.1

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

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

31.2

Was gilt, wenn sich Ihr steuerlicher Status ändert?

31.2.1

Was müssen Sie uns mitteilen?

Vor Eintritt des \nearrow Versicherungsfalls müssen Sie uns \nearrow unverzüglich Folgendes mitteilen und eine neue Selbstauskunft nach den gesetzlichen Bestimmungen abgeben:

- a. Sie verlegen Ihren steuerlichen Wohnsitz/Ihre steuerliche Ansässigkeit ins Ausland oder zurück nach Deutschland,
- b. Sie werden eine „US-Person“ oder aus anderen Gründen in den USA unbeschränkt steuerpflichtig. Oder Sie verlieren den Status als „US-Person“ oder sind aus anderen Gründen in den USA nicht mehr unbeschränkt steuerpflichtig.
- c. Auf eine beherrschende Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regulierung kontrolliert, trifft ein unter a. oder b. genannter Sachverhalt zu.
- d. Sie sind Rechtsträger und Ihr AIA- oder FATCA-Status ändert sich.

„US-Personen“ sind:

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

„Beherrschende Personen“ meinen \nearrow natürliche Personen, die einen passiven Rechtsträger beherrschen. Das sind insbesondere Inhaber:innen von mindestens 25 Prozent der Anteile an dem passiven Rechtsträger.

Ein Rechtsträger ist zum Beispiel eine \nearrow juristische Person, eine Personengesellschaft oder ein Einzelunternehmen. Passiv ist der Rechtsträger, wenn er im letzten Geschäftsjahr

- mehr als 50 Prozent der Bruttoeinkünfte aus passiven Einkünften (zum Beispiel Dividenden, Zinsen oder sonstige Kapitalerträge) erzielt hat oder
- mit mehr als 50 Prozent seiner Vermögenswerte passive Einkünfte erzielt hat.

AIA (Automatischer Informations-Austausch nach dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz) ist ein internationaler Standard, um grenzüberschreitend Steuerinformationen bei steuerlicher Ansässigkeit im Ausland auszutauschen.

FATCA (Foreign Account Tax Compliance Act) ist ein US-amerikanisches Steuergesetz. Hiervon sind US-Steuerpflichtige betroffen, die sich außerhalb der USA aufhalten.

31.2.2

Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

Zeigen sich nach Vertragsabschluss bei Ihnen oder einer beherrschenden Person, die einen passiven Rechtsträger im Sinne der AIA- oder FATCA-Regeln kontrolliert, Indizien

- einer Änderung des steuerlichen Wohnsitzes/der steuerlichen Ansässigkeit,
 - einer US-Steuerpflicht oder
 - einer Änderung des AIA-/FATCA-Status,
- müssen wir dies näher abklären. Sie sind verpflichtet, daran mitzuwirken und weitere beteiligte Personen zur Mitwirkung anzuhalten. Sie sind insbesondere verpflichtet, unsere Fragen wahrheitsgetreu zu beantworten und eine neue Selbstauskunft nach den gesetzlichen Bestimmungen abzugeben.

31.2.3

Wann geben wir Daten an die Steuerbehörden weiter?

Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

31.2.4

Nach Eintritt des Versicherungsfalls gelten die in 31.2.1 und 31.2.2 genannten Pflichten weiter.

32

Wo können Sie sich beschweren und wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

32.1

Wo können Sie sich beschweren?

32.1.1

Bei Baloise

Ihr Vermittler, Ihre Vermittlerin und die Mitarbeitenden von Baloise beraten Sie umfassend und kompetent.

Sollten Sie dennoch einmal unzufrieden sein, können Sie uns anrufen oder schreiben.

32.1.2

Bei der Schlichtungsstelle

Darüber hinaus können Sie sich auch an diese außergerichtliche Schlichtungsstelle für Verbraucher:innen wenden:

Versicherungsombudsmann e.V.

Postfach 08 06 32

10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Wir sind Mitglied beim Versicherungsombudsmann e.V. Wenn Sie sich an diese Schlichtungsstelle wenden, beteiligen wir uns an dem Verfahren. Außerdem erkennen wir eine Entscheidung des Versicherungsombudsmann e.V. an.

32.1.3

Bei der Aufsichtsbehörde

Sie können sich auch bei der zuständigen Aufsichtsbehörde beschweren:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

E-Mail: poststelle@bafin.de

Internet: www.bafin.de

32.2

Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Unabhängig von einer Beschwerde können Sie den Rechtsweg beschreiten. Es gelten folgende Gerichtsstände.

32.2.1

Bei natürlichen Personen

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

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

- An Ihrem Wohnort,
- an dem Ort, an dem Sie sich gewöhnlich aufhalten, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben,
- an unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der Ihr Vertrag geführt wird.

32.2.2

Bei ²juristischen Personen

Was geschieht, wenn unser Vertragspartner eine ²juristische Person ist? In diesem Fall müssen wir Klagen gegen diese juristische Person beim zuständigen Gericht an ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung erheben.

Die juristische Person kann an folgenden Orten gegen uns Klage erheben:

- An ihrem Geschäftssitz oder ihrer Niederlassung,
- an unserem Geschäftssitz oder
- am Ort unserer Niederlassung, in der ihr Vertrag geführt wird.

32.2.3

Bei einem ausländischen Wohnsitz oder Geschäftssitz

An welchem Ort ist Klage einzureichen, wenn Sie

- Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts oder
- Ihren Geschäftssitz oder Ihre Niederlassung

ins Ausland verlegen? In diesem Fall sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Geschäftssitz haben.

F Kündigung des Vertrags

33

Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können diesen Vertrag jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt kündigen. Sie können nicht kündigen, wenn wir Leistungen erbringen. Sie müssen in ²Textform kündigen. Eine Kündigungsfrist gibt es nicht.

Den Arbeitsunfähigkeitschutz (10) und den Krankheitschutz (11) können Sie auch jeweils allein kündigen.

34

Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, gehen wir wie bei einem Beitrags-Stopp (20) vor. Dann zahlen Sie keine Beiträge mehr. Die Leistungen berechnen wir neu nach 20.4 wie bei einem Beitrags-Stopp.

Wenn Sie den Arbeitsunfähigkeitschutz oder den Krankheitschutz allein kündigen, endet dieser, ohne dass wir etwas auszahlen. Sie zahlen danach einen niedrigeren Beitrag.

Glossar

Welche Fachbegriffe verwenden wir?

Hier erläutern wir Ihnen die wesentlichen Inhalte der mit ²gekennzeichneten Fachbegriffe, die wir in unseren Versicherungsbedingungen verwenden.

Aktuar:in: Eine versicherungsmathematisch ausgebildete sachverständige Person.

Arglistige Verletzung der Anzeigepflicht: Bedeutet, dass Sie oder die versicherte Person uns ²vorsätzlich täuschen. Sie beabsichtigen damit, dass wir uns irren und deshalb möglicherweise eine andere Entscheidung über den Vertragsabschluss treffen, als ohne die Täuschung.

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

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

Begünstigte Person: Eine Person, für die Sie im Vertrag vorgesehen haben, die Leistungen im ²Versicherungsfall zu erhalten. Das können Sie selbst oder eine andere Person sein. Im Gesetz nennt man die begünstigte Person „Bezugsberechtigten“.

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

Deckungskapital: Es berechnet sich aus dem Unterschiedsbetrag zwischen

- a. den zukünftig von uns zu erbringenden Versicherungsleistungen sowie den aufzuwendenden Kosten und
- b. den zukünftig von Ihnen zu zahlenden Beiträgen für diesen Vertrag. Diesen Betrag berechnen wir für jedes Jahr. Die zukünftigen Verpflichtungen, Kosten und Beiträge berechnen wir wie folgt: Nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den ²Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Rechnungsmäßiges Alter: Das rechnungsmäßige Alter der versicherten Person ist der Unterschied zwischen dem jeweiligen Kalenderjahr und dem Geburtsjahr. Beispiel: Geboren im Jahr 1981, Beginn des Vertrags im Jahr 2022: das rechnungsmäßige Alter ist $2022 - 1981 = 41$ Jahre.

Risikozuschlag: Ein Aufschlag auf den Beitrag. Diesen verlangen wir,

- wenn der Gesundheitszustand der versicherten Person schlechter ist als bei den Rechnungsgrundlagen angenommen oder
- die versicherte Person ein sonstiges risikoerhöhendes Merkmal aufweist, zum Beispiel eine gefährliche Sportart betreibt.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB): Rückstellung, aus der wir die Überschüsse zuteilen. Unsere Erträge führen wir zunächst der RfB zu. Zu diesem Zeitpunkt sind die Erträge noch nicht den Verträgen gutgeschrieben. Die RfB dient als Puffer, um schwankende Erträge auszugleichen. Erst wenn wir aus der RfB die Überschüsse zuteilen, gehören sie unseren Versicherungsnehmern.

Schriftlich: Zum Beispiel per eigenhändig unterschriebenem Brief.

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

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

Studium: Gemeint ist ein Studium an einer staatlich anerkannten Hochschule, Fachhochschule oder Berufsakademie.

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

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

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

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

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

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

Versicherte Person: Die Person, die wir im Hinblick auf das Risiko Verlust einer Grundfähigkeit und gegebenenfalls weiterer Risiken versichern. Die versicherte Person kann jemand anderes sein als der Versicherungsnehmer oder die Versicherungsnehmerin.

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

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

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

Versicherungsnehmer:in: Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner, die Versicherungsnehmerin ist unsere Vertragspartnerin. Er oder sie schließt den Vertrag ab und erhält den Versicherungsschein.

Versicherungsschein: Eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags schicken wir Ihnen den Versicherungsschein. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel das versicherte Risiko, den Beginn und die Dauer der Versicherung. Heben Sie Ihren Versicherungsschein gut auf.

Vertragsdauer: Das ist der Zeitraum, in dem unser Vertrag besteht. Die Vertragsdauer ist etwas anderes als die Versicherungsdauer, beide Zeiträume können aber übereinstimmen.

Vorsätzlich: Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ergebnis will, und

- entweder den Eintritt eines Ergebnisses für sicher hält oder
- den Eintritt eines Ergebnisses für möglich hält und ihn bewusst in Kauf nimmt.

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

**Baloise Lebensversicherung AG
Deutschland**

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Gebühren für bestimmte Geschäftsvorfälle

Die folgenden Gebühren

- verrechnen wir mit der Deckungsrückstellung oder künftigen Überschussanteilen oder
- werden zusammen mit der Beitragszahlung fällig.

Ersatz-Versicherungsschein	30 EUR
Vertragsänderung (außer Beitrags-Stopp)	30 EUR
Bearbeitung einer Abtretung oder Verpfändung	30 EUR
Bearbeitung einer Weiterabtretung	150 EUR
Werteanfragen zusätzlich zur regelmäßigen Information	0 EUR
Neuaufteilung der Anlagebeiträge oder Umschichtung von Fondsanteilen	Bis zu 12 Änderungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 30 EUR für jede weitere Änderung
Übertragung der Wertpapiere anstelle der Auszahlung	0,5% des Geldwertes der zu übertragenden Wertpapiere, mindestens 30 EUR, höchstens 100 EUR
Umschichtung im Rahmen der Sicherungsoption oder Investmentoption	30 EUR
Inanspruchnahme der Liquiditätsoption	30 EUR, gebührenfrei während der Ausbildungsphase
Teilauszahlung nach dem geplanten Rentenbeginn	4 Teilauszahlungen pro Kalenderjahr sind gebührenfrei, dann 30 EUR für jede weitere Auszahlung
Auszahlung von Kapital bei der Altersrente mit Kapitaloption	30 EUR je Auszahlung
Inanspruchnahme des Fonds-Rentenplans	30 EUR
Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren, diese Gebühr dient auch der Verrechnung der uns von Ihrem Kreditinstitut in Rechnung gestellten Kosten	4,50 EUR
Mahnverfahren bei Beitragsrückständen	2,50 EUR pro Mahnung
Adressen-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung	30 EUR

Bitte beachten Sie, dass nicht alle Geschäftsvorfälle auf Ihren Vertrag zutreffen müssen.

Wir können

- die Höhe der Gebühren oder
- die Anzahl der gebührenfreien Vorgänge regelmäßig überprüfen und anpassen, wenn sich unsere durchschnittlichen Kosten erhöhen oder verringern. Die jeweils aktuellen Gebühren können Sie bei uns erfragen.

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Allgemeine Informationen

zu Ihrer Lebensversicherung

A Wer ist Ihr Vertragspartner?

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland
Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg

Telefon: 040 3599-7711
Telefax: 040 3599-3636
E-Mail: kunde@baloise.de
Internet: www.baloise.de

Sitz: Hamburg
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer: DE 276021973
Registergericht: Amtsgericht Hamburg HRB 4659

B Was ist unsere Hauptgeschäftstätigkeit?

Wir betreiben die Lebensversicherung in verschiedenen Arten. Wir bieten hauptsächlich Versicherungsprodukte für die Risikoabsicherung und Altersversorgung an.

Hierzu gehören

- Fondsgebundene Rentenversicherungen,
- Risiko-Lebensversicherungen,
- Berufsunfähigkeits-Versicherungen und
- Grundfähigkeiten-Versicherungen.

C Wie sind Ihre Ansprüche über eine Sicherheitseinrichtung abgesichert?

Wir gehören dem gesetzlichen Sicherungsfonds an.

Die Aufgaben und Befugnisse des gesetzlichen Sicherungsfonds für die Lebensversicherer wurden übertragen auf:

Protektor Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin
Internet: www.protektor-ag.de

Protektor schützt Versicherte vor den Folgen der Insolvenz eines Lebensversicherers: Verträge werden fortgeführt; die Leistungen für die Altersvorsorge und der Risikoschutz

bleiben erhalten, ebenso die bereits gewährten Gewinnbeteiligungen.

D Wie kommt Ihr Vertrag zustande?

Ihr Vertrag kommt zustande, wenn

- Sie einen Antrag bei uns stellen und
- wir diesen durch Versand eines Versicherungsscheines oder eine schriftliche Annahmeerklärung annehmen.

Es gibt keine vereinbarte Frist, bis zu deren Ablauf Sie an Ihren Antrag gebunden sind.

E Welches Recht und welche Vertragssprache wenden wir an?

Für Ihren Vertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Die Versicherungsbedingungen und alle weiteren Informationen erhalten Sie in deutscher Sprache. Auch während der Vertragslaufzeit verständigen wir uns mit Ihnen in Deutsch.

F Wie können Sie Ihren Vertrag beenden?

Sie können Ihren Vertrag nicht kündigen, wenn wir daraus eine Rente zahlen.

In allen anderen Fällen können Sie Ihren Vertrag jederzeit kündigen. Ihre Kündigung wird dann zum nächsten Zahlungsabschnitt wirksam. Wenn Sie keine Beiträge mehr zahlen, wird Ihre Kündigung zum nächsten Monatsersten wirksam.

Zu den Folgen einer Kündigung lesen Sie bitte die Versicherungsbedingungen.

Baloise Lebensversicherung AG Deutschland

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de

Steuerregelungen

Berufsunfähigkeits-, Pflege-, Risiko- und Grundfähigkeiten-Versicherungen

Die nachfolgenden Informationen bieten Ihnen eine allgemeine steuerliche Übersicht und beruhen auf den am 01.01.2022 geltenden gesetzlichen Bestimmungen. Sie können eine individuelle steuerliche Beratung nicht ersetzen.

1 Wie werden die Beiträge steuerlich behandelt?

1.1 Beiträge für eine Berufsunfähigkeits-, Pflege- und Risikoversicherung

Die Beiträge für Berufsunfähigkeits-, Pflege- und Risikoversicherungen sind Vorsorgeaufwendungen. Diese Vorsorgeaufwendungen können nach § 10 Abs. 1 Nr. 3a Einkommensteuergesetz (EStG) steuerlich geltend gemacht werden.

Für diese und weitere Vorsorgeaufwendungen gibt es einen Höchstbetrag von insgesamt 2.800 EUR jährlich. Zu den weiteren Vorsorgeaufwendungen gehören zum Beispiel Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung.

Der Höchstbetrag reduziert sich auf 1.900 EUR, wenn

- der Steuerpflichtige einen Anspruch auf Erstattung oder Übernahme von Krankheitskosten (zum Beispiel Beihilfe) hat oder
- für dessen Krankenversicherung Leistungen vom Arbeitgeber erbracht werden (zum Beispiel Arbeitgeberbeitrag zur Krankenversicherung).

Bei einer Zusammenveranlagung werden die jeweiligen Höchstbeträge addiert.

Die Beiträge zur Berufsunfähigkeits-, Pflege- oder Risikoversicherung wirken sich in folgendem Fall steuerlich nicht aus: Bereits die abzugsfähigen Beiträge zur Kranken- und gesetzlichen Pflegeversicherung übersteigen die Höchstbeträge.

1.2 Beiträge für eine Grundfähigkeiten-Versicherung

Die Beiträge für Grundfähigkeiten-Versicherungen können nicht als Sonderausgaben steuerlich geltend gemacht werden.

1.3 Versicherungsteuer

Für Beiträge zu Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeiten- und Pflegeversicherungen fällt keine Versicherungsteuer an, wenn die Ansprüche aus dem Vertrag

- der Versorgung der versicherten Person (= Risikoperson),
- der Versorgung von nahen Angehörigen nach § 7 des Pflegezeitgesetzes oder
- der Versorgung von Angehörigen nach § 15 der Abgabenordnung

dienen.

In anderen Fällen beträgt die Versicherungsteuer 19 Prozent.

Für Beiträge zu Risikoversicherungen fällt keine Versicherungsteuer an.

2 Wie werden die Leistungen steuerlich behandelt?

2.1 Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Berufsunfähigkeitsrenten unterliegen mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils ergibt sich aus

- der voraussichtlichen Laufzeit der Rente und
- dem Alter zum Rentenbeginn.

Einmalige Kapitalleistungen aus Berufsunfähigkeitsversicherungen sind einkommensteuerfrei.

2.2 Leistungen aus einer Pflegeversicherung

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

Einmalige Kapitalleistungen aus Pflegeversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

2.3 Leistungen aus einer Risikoversicherung

Einmalige Kapitalleistungen aus Risikoversicherungen auf den Todesfall sind einkommensteuerfrei.

2.4

Leistungen aus einer Grundfähigkeiten-Versicherung

Grundfähigkeiten-Renten unterliegen mit dem Ertragsanteil der Einkommensteuer. Die Höhe des Ertragsanteils ergibt sich aus

- der voraussichtlichen Laufzeit der Rente und
- dem Alter zum Rentenbeginn.

Einmalige Kapitalleistungen aus Grundfähigkeiten-Versicherungen sind einkommensteuerfrei.

3

Wann fällt Erbschaft- oder Schenkungsteuer an?

Wenn nicht der Versicherungsnehmer, sondern eine andere Person eine Versicherungsleistung erhält, kann Erbschaft- oder Schenkungsteuer anfallen. Durch hohe Freibeträge muss in vielen Fällen jedoch keine Steuer gezahlt werden.

4

Welche Mitteilungspflichten und Besonderheiten gelten bei einer Steuerpflicht?

Wenn Sie oder eine andere am Vertrag beteiligte Person in Deutschland, den USA oder einem anderen Land steuerpflichtig sind, gilt: Diese Person muss die Leistungen aus dem Versicherungsvertrag möglicherweise gegenüber den deutschen oder ausländischen Behörden deklarieren.

Bitte beachten Sie: Wir können im gesetzlichen Rahmen Daten an deutsche oder ausländische Steuerbehörden weitergeben.

**Baloise Lebensversicherung AG
Deutschland**

Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
www.baloise.de
kunde@baloise.de