

Lebensversicherung Privat

Vorsorge

Antrag auf Abschluss einer
Berufsunfähigkeits-Versicherung

Allianz 

Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft

Vorsitzender des Aufsichtsrats der
Allianz Lebensversicherungs-Aktiengesellschaft: Dr. Gerhard Rupprecht
Vorstand: Dr. Maximilian Zimmerer, Vorsitzender;
Dr. Michael Hessling, Dr. Eckhard Hütter, Ulrich Schumacher

Hauptverwaltung:
Reinsburgstraße 19,
70178 Stuttgart

Sitz der Gesellschaft: Stuttgart,
Registergericht: Stuttgart, HRB 20231

Antrag auf Abschluss einer

Tarifbezeichnung

ergänzenden Berufsunfähigkeits-Versicherung (EBV)
 zur Lebens-/Rentenversicherung Nr. _____

selbstständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung (SBV)

Antragsteller (Vers.-Nehmer) Herr Frau Anredezusätze _____

Zuname, Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Ort _____

Straßen-, Ortszusatz _____

Telefon⁺ _____ Fax⁺ _____ E-Mail⁺ _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____

Familienstand⁺ Ledig Verheiratet Verwitwet Eheähnliche Lebensgemeinschaft

Erklärung nach dem Geldwäsche-Gesetz:

Ich handle für eigene Rechnung Ich handle für Rechnung von _____ (bitte Erklärung EV 783 beifügen)

Nur ausfüllen, wenn der Antragsteller (Vers.-Nehmer) nicht selbst die zu versichernde Person ist.

Zu versichernde Person Herr Frau Anredezusätze _____

Zuname, Vorname _____

Straße/Hausnummer _____

Postleitzahl/Ort _____

Straßen-, Ortszusatz _____

Telefon⁺ _____ Fax⁺ _____ E-Mail⁺ _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Geburtsname _____ Staatsangehörigkeit _____

Angaben zum Beruf der zu versichernden Person

Derzeitige berufliche Tätigkeit (genaue Bezeichnung) _____

Branche _____

Weitere Angaben Arbeiter/Angestellter Beamter Selbstständiger Schüler Student
 Derzeit in Ausbildung Teilzeit, Std. pro Woche _____ Gefördertes Arbeitsverhältnis (z. B. ABM) Arbeitslos

Bei Selbstständigen Seit wann sind Sie ununterbrochen selbstständig? _____

Sind Sie aufsichts-/geschäftsführend oder verwaltend tätig? ja Wenn ja: a) Wie viele Personen beaufsichtigen Sie? _____ Personen b) Anteil der körperlichen Tätigkeit? _____ %

Berufs-/Hochschulausbildung Berufsausbildung Fachhochschule/Universität Sonstige _____
 Ausbildungsberuf/Studienabschluss _____

Rechtsnachfolger des Versicherungsnehmers

Ist der Versicherungsnehmer nicht selbst die zu versichernde Person, soll bei seinem Tod die zu versichernde Person neuer Versicherungsnehmer werden.

Eine hiervon abweichende Regelung bitte unter Nebenabreden vermerken.

Der Vollzug der Rechtsnachfolge steht unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsnehmer nicht vor seinem Tod die Rechtsnachfolge widerruft und eine andere Rechtsnachfolge bestimmt. Der Widerruf wird uns gegenüber erst wirksam, wenn er uns schriftlich angezeigt wird.

Empfänger der Leistungen

Bezugsberechtigte für fällig werdende Leistungen

a) Solange die versicherte Person lebt: der Versicherungsnehmer

b) (nur ausfüllen wenn a) nicht gewünscht wird) _____

Bei Tod der versicherten Person ggf. für die Leistungen aus der Überschussbeteiligung

c) der dann mit der versicherten Person in gültiger Ehe lebende Ehepartner

d) (nur ausfüllen wenn c) nicht gewünscht wird) _____

⁺Freiwillige Angabe.

Technische Daten der Versicherung

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten Beitrag gezahlt haben und der Beginn der Versicherung erreicht sowie die Vertragsannahme durch die Aushändigung des Versicherungsscheins erfolgt ist.

Versicherungsbeginn 1. _____

Eintrittsalter _____ Jahre Versicherungs-/Beitragszahlungsdauer _____ Jahre Endalter _____ Jahre Leistungsdauer für die Berufsunfähigkeitsrente _____ Jahre

Einzel S G IPV St U

Beitragszahlung erfolgt monatlich** vierteljährlich halbjährlich jährlich

Rentenzahlung erfolgt monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Ärztliche Untersuchung ja

Berufsunfähigkeitsvorsorge

Berufsunfähigkeitsvorsorge Plus oder Berufsunfähigkeitsvorsorge

Beitragsbefreiung für diese Versicherung sowie eine Berufsunfähigkeitsrente von _____ EUR

Ohne Karenzzeit Mit Karenzzeit von _____ Monaten

Beitrag: > _____ EUR > abzgl. Sofortüberschussbeteiligung* = zu zahlender Beitrag > _____ EUR

Zuwachs

Es wird der dynamische Zuwachs von Leistung und Beitrag beantragt.

Wenn kein Zuwachs gewünscht wird, bitte ankreuzen ohne Zuwachs.

Nebenabreden (Mündliche Abreden sind für die Allianz Lebensversicherungs-AG nicht verbindlich.)

Inkasso

Zuname, Vorname und Anschrift des Beitragszahlers (Nur ausfüllen, wenn der Beitragszahler nicht der Antragsteller (Vers.-Nehmer) ist.)

Beitragszahler _____

Einzugsermächtigung: Die Beiträge werden bis auf Widerruf bei Fälligkeit von dem angegebenen Konto eingezogen.

Konto-Nr. (kein Sparkonto) _____ Bankleitzahl _____ Name des Geldinstitutes _____

Wenn die Lastschriften nicht von einem Konto des Versicherungsnehmers innerhalb der EU erfolgen oder wenn die Beiträge per Überweisung oder Scheck entrichtet werden, bitte Erklärung EV 783 beifügen.

Sammel-/Rahmenvertrag Nr. _____ Sammel-/Rahmenvertragspartner (Werksbezeichnung mit Lohn-/Gehalt-Zahlstelle) _____ Personal-Nr. des Antragstellers _____

Der Beitragszahler ist mit den im Sammel-/Rahmenvertrag vereinbarten Zahlungsmodalitäten einverstanden. Soweit Lastschrifteinzug zwingend erforderlich ist, wurde die Einzugsermächtigung erteilt.

Lohnempfänger Gehaltsempfänger Die versicherte Person gehört dem im Sammel-/Rahmenvertrag beschriebenen Personenkreis an.

Allianz Online Service

Ich wünsche für diese Versicherung eine Online-Vereinbarung mit der Allianz Lebensversicherungs-AG zur Nutzung des Allianz Online Service. ja nein

Wichtig für den Antragsteller und die zu versichernde Person (Datenschutz): Der **umseitigen Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung und der Schweigepflichtentbindungserklärung stimme ich zu.**

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Rückseite insbesondere die „Wichtigen Schlusserklärungen“, die „Wichtigen Hinweise“, die „Hinweise zu den Vertragsgrundlagen“ sowie die „Erläuterungen zur Berufsunfähigkeits-Versicherung“. „Die Wichtigen Schlusserklärungen“ enthalten auch eine Ermächtigung zur Entbindung von der Schweigepflicht; die „Wichtigen Hinweise“ betreffen unter anderem Ihr Widerspruchsrecht. Durch Ihre Unterschrift machen Sie die Erklärungen, die Hinweise und die Vereinbarungen zum Inhalt dieses Antrags.

Unterschriften (Bitte mit Vor- und Zunamen, ggf. Geburtsnamen.) (Sie gelten für alle beantragten Versicherungen.)

Ort/Datum _____

Antragsteller (Versicherungsnehmer)

Zu versichernde Person (wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

Gesetzliche Vertreter (bei Minderjährigen)

Beitragszahler (wenn es sich nicht um den Antragsteller handelt)

Vermittler

*Die Höhe der Sofortüberschussbeteiligung kann nur für das 1. Versicherungsjahr garantiert werden.

**Monatliche Beitragszahlung ist nur bei Erteilung einer Einzugsermächtigung möglich.

Risiko- und Gesundheitserklärung der zu versichernden Person

Bitte beantworten Sie jede Frage und kreuzen Sie Zutreffendes an.

Allgemeine Fragen:

- Wie sind Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht? _____ cm _____ kg
- Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen mehr als halbjährigen Auslandsaufenthalt anzutreten? ja nein
Falls ja: Wohin? Wann? Wie lange? _____
- Sind Sie besonderen Gefahren bei Sport oder Hobby ausgesetzt (z. B. Klettern, Drachenfliegen, Gerätetauchen, Wettfahrten)? ja nein
Falls ja: Sportart/Hobby? _____

A Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit:

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre.

1. Waren Sie aus gesundheitlichen Gründen mehr als 14 Kalendertage durchgehend nicht in der Lage, Ihre berufliche Tätigkeit auszuüben? ja nein
2. Waren Sie wegen Beschwerden oder Krankheiten des Rückens, des Bewegungsapparates, der Psyche, des Herzens oder des Kreislaufs in ärztlicher, physiotherapeutischer oder psychotherapeutischer Behandlung? ja nein

Hinweis: Ist der Jahreszahlbeitrag für die gesamte beantragte Versicherung höher als 3.000 EUR, ist der gesamte Fragenblock B zu beantworten.

B Berufsunfähigkeitsrente:

Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden (siehe Rückseite „Wichtige Hinweise“).

1. Haben in den letzten 10 Jahren Krankenhaus-, Rehabilitations-/Kuraufenthalte oder ambulante Operationen (z. B. Laserung der Augen, Arthroskopie) stattgefunden oder sind solche für die nächsten 2 Jahre ärztlich empfohlen oder beabsichtigt? ja nein
2. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 10 Jahren Drogen, Betäubungs-, Rauschmittel oder werden oder wurden Sie in den letzten 10 Jahren wegen der Folgen von Alkoholgenuss beraten oder behandelt? ja nein
3. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt (z. B. durch einen AIDS-Test)? ja nein
4. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren bei Ihnen Krankheiten oder Beschwerden
 - a) des Herzens oder des Kreislaufs (z. B. Erkrankung der Herzkranzgefäße, erhöhter Blutdruck, Schlaganfall, Venenentzündung)? ja nein
 - b) der Atmungsorgane (z. B. Lungenentzündung, chronische Bronchitis, Asthma)? ja nein
 - c) der Verdauungsorgane (z. B. Magen, Darm, Galle, Bauchspeicheldrüse, Leber)? ja nein
 - d) der Harn- oder Geschlechtsorgane (z. B. Nieren, Blase, Unterleib, Brust)? ja nein
 - e) des Stoffwechsels (z. B. Zuckerkrankheit ^{*}), erhöhtes Cholesterin von mehr als 250 mg/dl bzw. 6,47 mmol/l, Schilddrüsenerkrankungen)? ja nein
 - f) Blut- oder Tumorerkrankungen (z. B. Krebs)? ja nein
 - g) entzündliche Gelenks- oder Bindegewebserkrankungen (z. B. Gelenkrheumatismus, chronische Arthritis, Bechterew)? ja nein
 - h) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankheiten, Tropenkrankheiten (z. B. Tuberkulose, Malaria)? ja nein
 - i) der Psyche, des Gehirns, des Nervensystems, (z. B. Depressionen, Bulimie, Suizidversuch, Multiple Sklerose)? ja nein
5. Werden Ihnen derzeit regelmäßig wegen der unter Nr. 4 genannten Erkrankungen oder Beschwerden Medikamente verordnet? ja nein
Falls ja: Welche? _____

Die Fragen beziehen sich auf die letzten 5 Jahre.

6. Sind oder waren Sie in psychotherapeutischer Behandlung? ja nein
7. Sind oder waren Sie wegen Rückenbeschwerden (z. B. Hexenschuss, Bandscheibenvorfall) in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? ja nein
8. Haben oder hatten Sie Beschwerden mit den Kniegelenken (z. B. Meniskus, Bänderverletzung), Hüftgelenken, Schultern oder anderen Stellen im Bewegungsapparat? ja nein
9. Haben oder hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen? ja nein
10. Leiden oder litten Sie an einer Allergie, Heuschnupfen, Neurodermitis oder sonstigen Hauterkrankungen? ja nein
Falls ja: Wogegen sind Sie allergisch? _____
11. Haben Sie eine Fehlsichtigkeit von mehr als 6 Dioptrien? rechts: _____ / links: _____
Haben oder hatten Sie eine sonstige Sehstörung oder Erkrankung der Augen (z. B. grauer oder grüner Star)? ja nein
12. Haben oder hatten Sie eine Hörstörung oder Ohrensausen (Tinnitus)? ja nein
13. Beziehen, bezogen oder beantragten Sie eine Rente oder Pension wegen Unfall oder aus gesundheitlichen Gründen? ja nein
14. Besteht eine Erwerbsminderung (MdE), Wehrdienstbeschädigung (WDB) oder eine Schwerbehinderung (GdB)? Grad? ja nein

Wenn Sie eine oder mehrere Fragen der Blöcke A oder B bejaht haben, benötigen wir folgende Angaben: (ggf. gesondertes Blatt)

Art, Verlauf, Folgen (z. B. der Krankheit, Verletzung)? Ergebnis der Untersuchung?	Wann? Wie oft? Wie lange?	Behandelnde Ärzte, Therapeuten, Heilpraktiker, Krankenhäuser, Heilstätten, Kuranstalten mit Anschrift
--	------------------------------	---

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Welcher Arzt/Heilpraktiker ist am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse orientiert? (z. B. Hausarzt)
(Bitte Namen, Fachrichtung und Anschrift angeben.)

^{*}) Falls ja, bitte entsprechenden Fragebogen beantworten.

^{**}) Bitte Bescheid/Rentenbescheid zur Einsichtnahme beifügen!

Ihr Versicherungsvermittler berät Sie in Vorsorgefragen. Unsere Antragsprüfer bewerten Ihre Risiko- und Gesundheitsangaben. Bitte beantworten Sie die obigen Fragen vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Allianz vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar an die Allianz Lebensversicherungs-AG, Reinsburgstraße 19, 70178 Stuttgart, schriftlich nachzuholen.

Folgen noch weitere Gesundheitsangaben? (bitte immer ankreuzen) nein ja, liegen bei ja, werden nachgereicht

Ort/Datum

Unterschrift der zu versichernden Person

Wichtige Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person

Verantwortlichkeit für den Antrag, Nebenabreden. Mir ist bekannt, dass ich gemäß § 16 des Versicherungsvertragsgesetzes die in diesem Antrag gestellten Fragen nach bestem Wissen sorgfältig und vollständig beantworten und dabei auch von mir für unwesentlich gehaltene Erkrankungen oder Beschwerden angeben muss. Bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten oder ihn anfechten und ggf. Leistungen verweigern. Nebenabreden und Deckungszusagen sind nur mit schriftlicher Zustimmung des Versicherers gültig.

Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung.

Ich willige ein, dass der Versicherer aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung Daten zu Beiträgen, Versicherungsfällen, Risiko-/Vertragsänderungen im erforderlichen Umfang übermittelt, und zwar

- zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung an Rückversicherer sowie

- zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer auf direktem Weg oder über den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft.

Dies gilt auch für die Risikoprüfung zu Verträgen, die ich hier oder bei anderen Versicherern künftig beantrage, und ist in der Personenversicherung außerdem unabhängig vom Zustandekommen eines Vertrages. Gesundheitsdaten dürfen ausschließlich in der Personenversicherung übermittelt werden. Empfänger dürfen Personen- und Rückversicherer sein, der mich betreuende Vermittler nur, sofern dies zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.

Ich willige ferner ein, dass der Versicherer meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen mit anderen ausgewählten deutschen Gesellschaften der Allianz Gruppe führt und sie an den mich betreuenden Vermittler zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermittelt, soweit dies der Durchführung meiner jeweiligen Vertragsangelegenheiten dient. Nicht zu den allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten zählen Gesundheitsdaten sowie Daten über Dritte.

Ich willige weiterhin ein, dass mein Versicherer und der mich betreuende Vermittler über den Zweck dieses Vertrages hinaus meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten im Rahmen der regelmäßigen Kundenbetreuung, einschließlich der Beratung zu und des Verkaufs von anderen Finanzdienstleistungsprodukten, nutzen und hierzu auch den ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe zur dortigen Verarbeitung und Nutzung übermitteln. Die Einwilligung nach diesem Absatz kann ich ohne Einfluss auf den Vertrag streichen bzw. jederzeit für die Zukunft widerrufen.

Meine Einwilligung ist nur wirksam, wenn ich die Möglichkeit hatte, vom Inhalt des Merkblattes zur Datenverarbeitung Kenntnis zu nehmen. Dieses wird mir mit dem Versicherungsschein zugesandt und auf Wunsch auch sofort überlassen. Dem Merkblatt zur Datenverarbeitung kann ich weitere wichtige Einzelheiten entnehmen, insbesondere zu den Datenarten und den Zwecken der Verarbeitung und Nutzung, sowie die Liste der ausgewählten Gesellschaften der Allianz Gruppe.

Entbindung von der Schweigepflicht. Ich ermächtige den Versicherer, zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten, bei denen ich in Behandlung war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen. Dies gilt für die Zeit vor Antragsannahme und die nächsten fünf Jahre nach der Antragsaufnahme.

Werden Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beansprucht, darf der Versicherer die in Absatz 1 Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden und Sozialversicherungsträger auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufsunfähigkeit sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufsunfähigkeit geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus.

Wichtige Hinweise für den Antragsteller und die zu versichernde Person

Freiwillige Selbstverpflichtung. Wir haben uns im Rahmen einer freiwilligen Selbstverpflichtung verpflichtet, den Vertragsabschluss nicht von der Durchführung eines prädiktiven Gentests abhängig zu machen. Auch bereits vorliegende Befunde aus prädiktiven Gentests müssen bei allen Arten von Lebensversicherungen erst ab einer Versicherungssumme von 250.000 EUR bzw. Jahresrente von 30.000 EUR offen gelegt werden. Unter einem „prädiktiven Gentest“ verstehen wir dabei die Untersuchung des Erbmaterials eines Gesunden auf die Veranlagung für eine bestimmte Krankheit.

Widerspruchsrecht. Die Versicherung gilt als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen sowie der Verbraucherinformationen, die mit dem Versicherungsschein ausgehändigt werden, in Textform (z. B. schriftlich, per Telefax oder E-Mail) widersprechen. Auf dieses Widerspruchsrecht werden wir Sie mit dem Versicherungsschein nochmals gesondert hinweisen.

Annahmefrist. Wir können Ihren Antrag binnen sechs Wochen annehmen. Die Frist beginnt am Tag der Antragstellung, bei Versicherungen mit ärztlicher Untersuchung jedoch nicht vor dem Tag der Untersuchung.

Aufgabe bestehender Versicherung. Eine bestehende Versicherung aufzugeben und dafür eine neue Versicherung abzuschließen, ist für den Versicherungsnehmer im Allgemeinen unzumutbar und von den Lebensversicherungsunternehmen daher unerwünscht.

Beschwerden. Sollten Sie Anlass zu Beschwerden über Ihre Versicherung haben, wenden Sie sich bitte an uns, unseren Vermittler oder an die für uns zuständige Aufsicht. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Die deutsche Versicherungswirtschaft hat zudem einen unabhängigen Versicherungsombudsmann berufen. Die Allianz ist ein Gründungsmitglied im Verein „Versicherungsombudsmann“. Diese Schlichtungsstelle vermittelt bei Auseinandersetzungen zwischen Kunden und Versicherern.

Weitere Informationen erhalten Sie bei uns oder im Internet unter www.versicherungsomбудsmann.de.

Vertragsgrundlagen

Allgemeine Versicherungsbedingungen

Für die beantragte Versicherung gelten die maßgebenden Versicherungsbedingungen.

Diese Versicherungsbedingungen werden Ihnen zusammen mit dem Versicherungsschein – auf Wunsch jedoch auch schon früher – übersandt.

Erläuterungen zur Berufsunfähigkeits-Versicherung

Berufsunfähigkeitsvorsorge. Wird die versicherte Person während der Dauer eines Berufsunfähigkeits-Bausteins zu mindestens 50% berufsunfähig, besteht ein Anspruch auf Leistungen.

Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens drei Jahre außer Stande sein wird, ihren Beruf auszuüben, oder wenn sie sechs Monate außer Stande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Alternativ kann vereinbart werden (Berufsunfähigkeitsvorsorge Plus), dass Berufsunfähigkeit bereits dann vorliegt, wenn die versicherte Person voraussichtlich mindestens sechs Monate außer Stande sein wird, ihren Beruf auszuüben und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Im Einzelnen gelten die Versicherungsbedingungen.

Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente ohne Karenzzeit
Befreiung von der Beitragszahlungspflicht dieser Versicherung und Zahlung einer Rente, wenn die versicherte Person berufsunfähig ist.

Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeitsrente mit Karenzzeit
Befreiung von der Beitragszahlungspflicht dieser Versicherung und Zahlung einer Rente, wenn die versicherte Person berufsunfähig ist. Für die Berufsunfähigkeitsrente kann eine Karenzzeit von bis zu 24 Monaten vereinbart werden. In diesem Fall beginnt die Zahlung der Rente nicht sofort bei Eintritt der Berufsunfähigkeit, sondern erst nach Ablauf der vereinbarten Karenzzeit.

Ergänzende Berufsunfähigkeits-Versicherung

Bei dieser Berufsunfähigkeits-Versicherung handelt es sich um eine Ergänzung zu einer bereits bestehenden Versicherung. Änderungen der bestehenden Versicherung können deshalb Auswirkungen auf diese Berufsunfähigkeits-Versicherung haben. Bitte beachten Sie hierzu die Regelungen in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die ergänzende Berufsunfähigkeits-Versicherung.