

Vermittlername:	Vermittlernummer:	Versicherungs-Nr.:
-----------------	-------------------	--------------------

Antragsteller Herr Frau Firma

Name und Vorname, ggf. Geburtsname*, Titel			Geburtsdatum / Ort		
Straße, Haus-Nr.			Familienstand		
Land	PLZ	Ort	Staatsangehörigkeit		

Zu versichernde Person (falls nicht Antragsteller) Herr Frau

Name und Vorname, ggf. Geburtsname*, Titel			Geburtsdatum / Ort		
Straße, Haus-Nr.			Familienstand		
Land	PLZ	Ort	Staatsangehörigkeit		

Die mit * gekennzeichneten Daten sind freiwillige Angaben, welche für die Tarifierung nicht erforderlich sind; alle übrigen Angaben sind aufgrund des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) oder des Geldwäschegesetzes (GwG) erforderlich.

Beantragter Versicherungsschutz

Tarif	<input type="checkbox"/> SBU - professional	<input type="checkbox"/> siehe beiliegendes Angebot vom		oder	
	<input type="checkbox"/> SBU - start	<input type="checkbox"/> mit Wechseloption	(Bitte das unterschriebene Angebot mit Verlauf der Beiträge je Versicherungsjahr einreichen!)		
Versicherungsbeginn	Versicherungsdauer	Beitragszahlungsdauer	jährliche Rente EUR	Leistungsdauer	Karenzzeit
01. / 200	Jahre	Jahre		Jahre	Monate
Berufs-Schlüssel lt. Angebot					
Bitte immer Zusatzklärung "Beruf" einreichen.					

zusätzlich

- Dynamik** in der Anwartschaft (nicht möglich bei **Nachversicherungsgarantie**), um % (2-5 %, ganzzahlig)
- Zusatzzahlung** **Rentendynamik** im Leistungsfall um % (2-5 %, ganzzahlig) **Lebenslange** Rentenzahlung
- Verzicht** auf die Anwendung des § 172 VVG **Nachversicherungsgarantie** **Dread Disease**

Beitragszahlung (Mindestrate: 16,00 EUR netto)

- jährlich vierteljährlich
- halbjährlich monatlich

Gesamtbeitrag laut Zahlungsweise
brutto EUR netto¹⁾¹⁾ kann nicht garantiert werden, siehe Schlusserklärung**Zusätzliche Angaben der zu versichernden Person**1. Sie sind nicht selbständig selbständig/freiberuflich tätig Beamter/-in Student Schüler

(Angestrebter) Ausbildungs-/Berufsabschluss:	Derzeitiger Beruf/ausgeübte Tätigkeit:	Branche:
--	--	----------

2. Haben Sie **Personalverantwortung**? nein ja, für vollzeitbeschäftigte Personen
3. Anteil der **Bürotätigkeit** an einem festen Arbeitsplatz % der Gesamttätigkeit
4. Anteil der **künstl./kreativen** Tätigkeit % der Gesamttätigkeit
5. Anteil der **körperlichen** Tätigkeit % der Gesamttätigkeit
6. Anteil der **Reisetätigkeit** % der Gesamttätigkeit
7. Besteht schon eine Berufs-/Erwerbsunfähigkeitsrentenversicherung oder ist eine solche beantragt?
 nein ja
Wenn ja, in welcher Höhe EUR Jahresrente, Gesellschaft:
8. Haben Sie sonstige Leistungen bei Eintritt einer Berufs-/Erwerbsunfähigkeit zu erwarten?
 nein ja
Wenn ja berufsständische Versorgung EUR Jahresrente Betriebliche Altersversorgung EUR Jahresrente

9. Ab einer jährlichen BU-Rente (einschließlich bestehender Anwartschaften) von 18.000 EUR oder mehr:Wie hoch ist Ihr **jährliches** Bruttoarbeitseinkommen? EUR.**Bei einer Rente von mehr als 30.000 EUR (einschließlich bestehender Anwartschaften) werden Einkommensnachweise benötigt, siehe Hinweis auf Seite 4.****Einzugsermächtigung**

Die Dialog Lebensversicherungs-AG ist bis auf Widerruf berechtigt, die Beiträge bei Fälligkeit von folgenden Konten abzubuchen:

Konto-Nr.	Bankleitzahl	Name und Unterschrift des Kontoinhabers, falls nicht Antragsteller
Name und Ort des Geldinstituts		

Wirtschaftlich Berechtigter im Sinne des GwG

- Antragsteller handelt für eigene Rechnung
- Antragsteller handelt für fremde Rechnung, und zwar für: Name, Anschrift:
- der auftritt als: Beitragszahler unwiderruflich Bezugsberechtigter

Bezugsrecht

Für die Zahlung der BU-Rente: Name und Geburtsdatum:
--

Fragen an die zu versichernde Person

Bitte jede Frage vollständig und genau beantworten. Wenn die folgenden Fragen nicht vollständig und wahrheitsgemäß **schriftlich** beantwortet werden, kann die Dialog Lebensversicherungs-AG den Vertrag aufheben (Rücktritt, Anfechtung) und Leistungen verweigern. Bitte beachten Sie hierzu den Abschnitt „Verantwortlichkeit für den Antrag“ auf der Seite 3 des Antrags. Reicht der vorgesehene Platz zur Beantwortung der Fragen nicht aus, bitte ein **Beiblatt** verwenden. Angaben, die Sie hier nicht machen möchten, bitten wir innerhalb von 7 Tagen schriftlich an die Dialog Lebensversicherungs-AG nachzureichen.

1. Wurden innerhalb der letzten 5 Jahre Lebensversicherungsanträge zu erschwerten Bedingungen angenommen (z. B. Zuschläge, Leistungsausschlüsse), zurückgestellt oder abgelehnt?	nein	ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Beabsichtigen Sie in den nächsten 12 Monaten einen Aufenthalt von mehr als 3 Monaten außerhalb Europas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie in der Freizeit oder im Beruf besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Berg-, Flug-, Motor-, Renn-, Kampf- oder Tauchsport, Fallschirmspringen, Bungeejumping, Expeditionen, gesundheitsschädlichen oder radioaktiven Stoffen, Sprengstoff, Mitführen von Schusswaffen usw.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Welcher Arzt, Heilpraktiker, Therapeut kann über Ihre Gesundheitsverhältnisse am besten Auskunft geben oder haben Sie einen Hausarzt?		
Name und Adresse (Falls nicht zutreffend, bitte „Keiner“ eintragen)		
	cm	kg
5. Wie groß sind Sie und wieviel wiegen Sie?	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>
6. Sind Sie in den letzten 5 Jahren wegen Krankheiten, Beschwerden oder Störungen untersucht, beraten oder behandelt worden hinsichtlich: Atmungsorgane, Herz, Kreislauf, Blutdruck, Blutgefäße, Blut, Drüsen, Verdauungsapparat, innere Organe, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brüste, Gehirn, Nerven, Psyche, erhöhte oder zu niedrige Laborwerte, Gicht, Zucker, Krebs, Tumore, Knochen, Wirbelsäule, Gelenke, Bänder, Sehnen, Muskeln, Augen, Fehlsichtigkeit ab 8 Dioptrien, Ohren, Haut, Allergien, Rheuma, Infektionen, Verletzungen, Vergiftungen, Schmerzen, Alkohol- oder Drogenkonsum? (Evtl. durchgeführte Gentests müssen hier nicht angegeben werden, siehe S.3 "Freiwillige Selbstverpflichtung")	nein	ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sind Sie in den letzten 5 Jahren stationär in Krankenhäusern, Heilstätten, Sanatorien, Kuranstalten, Reha-Kliniken oder ähnlichen Einrichtungen (wegen Krankheiten, Operationen, Verletzungen, Kuren, Reha, Entzugsbehandlungen, Selbsttötungsversuchen, Strahlen-, Chemotherapie) untersucht oder behandelt worden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Bestehen Behinderungen, Amputationen oder haben Erkrankungen oder Unfälle Folgen hinterlassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nehmen oder nahmen Sie in den letzten 5 Jahren regelmäßig Medikamente (d. h. mehr als 1 Monat lang täglich oder an mehr als 20 Tagen im Jahr ein gleichartiges Präparat, auch Schlaf-, Schmerz-, Aufputsch- oder Beruhigungsmittel; Empfängnisverhütungsmittel sind davon ausgenommen), oder wurden Ihnen welche verordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion festgestellt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen, falls eine oder mehrere Fragen zu 1 - 10 mit „ja“ beantwortet wurden:

zu Frage	Art der Krankheit, Beschwerden, Störungen, Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen; Medikamente; Vers.-Gesellschaft, Sportart, Berufsgefahr, Land, sonstige Erklärungen	Wann, wie lange, wie oft?	Ergebnis, Befund, Ausheilung, gutartig, bösartig, Folgen?	Name/Anschrift des Arztes, Heilpraktikers, Therapeuten, Krankenhauses etc.

Ergänzende Angaben siehe Beiblatt Ärztliche Untersuchung folgt

Schlusserklärungen und Unterschriften

Bevor Sie den Antrag unterschreiben, lesen Sie bitte auf der Seite 3 die Schlusserklärungen des Antragstellers und der zu versichernden Person. Diese Erklärungen enthalten Ermächtigungen zur Entbindung von der Schweigepflicht, Datenübermittlung und zur Gewährung des vorläufigen Versicherungsschutzes; sie sind wichtiger Bestandteil des Vertrages. Sie machen mit Ihrer Unterschrift die Schlusserklärungen zum Inhalt dieses Antrags und bestätigen, dass Ihnen die Schlusserklärung des Antragstellers und der zu versichernden Person vorliegt. Eine Kopie des Antrags wird Ihnen sofort nach der Unterzeichnung des Antrags ausgehändigt. Die Versicherungsbedingungen werden Ihnen zusammen mit dem Versicherungsschein oder auf Wunsch auch früher übermittelt. Bestandteil dieser Bedingungen ist die Tarifbeschreibung, die auf der Seite 3 des Antrags aufgedruckt ist.

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers / ggf. Firmenstempel	Telefonisch tagsüber erreichbar unter Nummer*
Ort, Datum	Unterschrift der zu versichernden Person, falls nicht Antragsteller	Stempel und Unterschrift des Vermittlers
	Unterschrift der gesetzlichen Vertreter bei Minderjährigen	

Die mit * gekennzeichneten Daten sind freiwillige Angaben, welche für die Tarifierung nicht erforderlich sind; alle übrigen Angaben sind aufgrund des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) oder des Geldwäschegesetzes (GwG) erforderlich.

Schlusserklärungen

Antragsteller und zu versichernde Person

Verantwortlichkeit für den Antrag

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet. Ich weiß, dass der Versicherer bei Verletzung dieser Pflicht vom Vertrag zurücktreten bzw. die Leistung verweigern kann.

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 erst ab einer 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.

Datenschutz

- Ich willige ein, dass die Dialog Lebensversicherungs-AG im erforderlichen Umfang Daten, die sich aus den Antragsunterlagen oder der Vertragsdurchführung (Beiträge, Versicherungsfälle, Risiko-/Vertragsänderungen) ergeben, an Rückversicherer zur Beurteilung des Risikos und zur Abwicklung der Rückversicherung sowie zur Beurteilung des Risikos und der Ansprüche an andere Versicherer und an den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft e.V. zur Weitergabe dieser Daten an andere Versicherer übermittelt. Diese Einwilligung gilt auch unabhängig vom Zustandekommen des Vertrages sowie für entsprechende Prüfungen bei anderweitig beantragten Versicherungsverträgen und bei künftigen Anträgen.
- Ich willige ferner ein, dass die Versicherer der AMB Generali-Gruppe meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten in gemeinsamen Datensammlungen führen und an den/die für mich zuständigen Vermittler weitergeben, soweit dies der ordnungsgemäßen Durchführung meiner Versicherungsangelegenheiten dient.
- Gesundheitsdaten dürfen nur an Personen- und Rückversicherer übermittelt werden; an Vermittler dürfen sie nur weitergegeben werden, soweit es zur Vertragsgestaltung erforderlich ist.
- Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich weiter ein, dass der/die Vermittler meine allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten darüber hinaus für die Beratung und Betreuung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen nutzen darf/dürfen.
Die Einwilligung bezüglich Absatz d) gilt nur, wenn ich bei Antragstellung vom Inhalt des Merkblatts zur Datenverarbeitung Kenntnis nehmen konnte, das mir vor Vertragsabschluss, auf meinen Wunsch auch sofort, überlassen wird.

Antragsteller

Überschussanteile

Ich beantrage die Ermäßigung des Beitrages um den Sofortüberschuss.

Rechtsnachfolge

Beim Tod des Versicherungsnehmers, der nicht gleichzeitig auch versicherte Person ist, soll die versicherte Person Versicherungsnehmer werden, sofern bis dahin nichts anderes bestimmt ist.

Netto-Beitrag

Der Netto-Beitrag zum Zeitpunkt der Antragstellung ist der um den Sofortüberschuss verminderte Brutto-Beitrag (Tarifbeitrag). Er kann sich ändern, bleibt aber so lange in dieser Höhe, bis innerhalb der jährlichen Überschusserklärung ein neuer Satz festgelegt wird.

Schlusserklärungen

Zu versichernde Person

Schweigepflichtentbindungs-Erklärung

Ich ermächtige die Dialog Lebensversicherungs-AG zur Nachprüfung und Verwertung der von mir über meine Gesundheitsverhältnisse gemachten Angaben alle Ärzte, Krankenhäuser und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeeinrichtungen, bei denen ich in Behandlung oder Pflege war oder sein werde, sowie andere Personenversicherer und Pflegepersonen über meine Gesundheitsverhältnisse zu befragen. Dies gilt nur für die Zeit vor der Antragsannahme und die nächsten 10 Jahre nach der Antragsannahme.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht.

Einverständniserklärung mit dem Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung

Mit der Unterschrift erkläre ich mein Einverständnis nach § 159 Abs. 2 des Gesetzes über den Versicherungsvertrag (VVG) mit dem Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung.

Verbraucherinformation für den Abschluss einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung

Nach § 10 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) haben die Versicherungsunternehmen einen Antragsteller vor Abschluss eines Vertrages über die für das Versicherungsverhältnis maßgeblichen Tatsachen und Rechte zu unterrichten. Dieser Informationspflicht kommen wir im folgenden nach.

- Ihr Vertragspartner ist die Dialog Lebensversicherungs-AG
Halderstraße 29, 86150 Augsburg
Postfach 10 15 43, 86005 Augsburg
Tel. (08 21) 3 19-0, Fax (08 21) 3 19 15 33

Vorsitzender des Aufsichtsrates: Dietmar Meister
Vorstand: Rüdiger R. Burchardi, Franz A. Gänßler, Dr. Walter Mirgel
Sitz der Gesellschaft: Augsburg
Registergericht: Amtsgericht Augsburg, HRB 6589

- Bei Beschwerden können Sie sich - außer an uns - auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) wenden:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn

- Für unsere **selbständige** Berufsunfähigkeitsversicherung "SBU - professional" gilt folgende Tarifbeschreibung:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Die Beitragszahlungsdauer endet nach Vereinbarung mit der Versicherungsdauer oder vorher.

Für unsere **selbständige** Berufsunfähigkeitsversicherung "SBU - start" gilt folgende Tarifbeschreibung:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so wird eine monatliche Berufsunfähigkeitsrente für die Dauer der Berufsunfähigkeit, längstens jedoch bis zum Ablauf der Leistungsdauer gezahlt. Darüber hinaus besteht Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Es handelt sich bei diesem Tarif um eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit technisch einjähriger Dauer gegen laufende Beitragszahlung. Die Beitragszahlungsdauer endet mit der Versicherungsdauer.

- Für diesen Tarif gelten die Allgemeinen Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung (ABsBu), die ggf. zusätzlich maßgebenden Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung (Dynamik).

Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Besitzt der Versicherungsnehmer die österreichische Staatsbürgerschaft und hat er im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses seinen ständigen Wohnsitz in Österreich, findet auf den Vertrag österreichisches Recht Anwendung (vgl. § 23 der ABsBu).

- Die Nebengebühren und -kosten gehen aus den § 6, 7 und 20 der ABsBu hervor.

- Gemäß § 8 der ABsBu ist die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung nicht rückkaufsfähig.

- Die beitragsfreie Mindestsumme steht in § 8 der ABsBu. Die Tabelle der beitragsfreien Summen ist ggf. in der Anlage zum Versicherungsschein abgedruckt. Diese Tabellenwerte sind gemäß § 8 der ABsBu garantiert.

- Angaben über die für die Überschussvermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden sich in § 21 der ABsBu.

- Mit dem Versicherungsschein schicken wir Ihnen ein Merkblatt über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

- Der Versicherungsvertrag gilt als abgeschlossen, wenn Sie nicht innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins und der weiteren maßgeblichen Unterlagen in Textform widersprechen. Auf dieses Widerspruchsrecht werden wir Sie im Abrechnungsschreiben zum Versicherungsschein ausdrücklich hinweisen.

Hinweis für den Abschluss von Berufsunfähigkeits-Renten

Die Berufsunfähigkeitsversicherung kann nur zur Absicherung des Arbeitseinkommens der versicherten Person abgeschlossen werden. Die Absicherung von Darlehensverpflichtungen oder der Ausfall wichtiger Mitarbeiter kann durch den Arbeitgeber nicht versichert werden.

Die Höhe der BU-Rente ist auf 60 % des Bruttoeinkommens unter Anrechnung sonstiger Renten-/Pensionsansprüche begrenzt.

Nebeneinkünfte (z. B. Honorare von Hochschulprofessoren, Tantiemen für Veröffentlichungen u. dgl.) können nicht berücksichtigt werden.

Zusätzlich werden zumindest bei Jahresrenten über 30.000 EUR noch folgende Nachweise benötigt:

Angestellte: Kopien der Gehaltsabrechnungen vom Dezember der letzten 3 Jahre mit Jahresbescheinigung.

Selbständige: Kopien der letzten 3 Steuerbescheide Einnahmen/ Ausgabenübersichten vom Steuerberater oder dgl.

Bei Absicherung von Versorgungszusagen eine Kopie der Zusage und der letzten Gehaltsabrechnung.

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz in der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung (ABvVssBu)

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Wenn während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eine Berufsunfähigkeit eintritt, so gilt:

- eine Berufsunfähigkeitsrente und Beitragsbefreiung gewähren wir nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.
- aus ggf. mitbeantragten Optionen gemäß § 1 ABsBu entsteht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes kein Anspruch.

In jedem Fall enden die Leistungen bei Berufsunfähigkeit spätestens mit Ablauf der für die Berufsunfähigkeitsversicherung beantragten Versicherungsdauer.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz erstreckt sich auf die beantragten Leistungen, ist aber auf höchstens 18.000 EUR Jahresrente begrenzt. Die Beitragsbefreiung wird ebenfalls höchstens für eine Jahresrente in Höhe von 18.000 EUR übernommen. Diese Begrenzungen gelten auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge derselben Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 Unter welchen Voraussetzungen besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Voraussetzung für einen vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- der Einlösungsbeitrag für die beantragte Versicherung gezahlt oder uns eine Einzugsermächtigung zum Beitragseinzug erteilt worden ist,
- das Zustandekommen der beantragten Versicherung nicht von besonderen Bedingungen seitens des Versicherungsnehmers abhängig gemacht wird,
- der Antrag sich im Rahmen der angebotenen Tarife und Bedingungen bewegt,
- die zu versichernde Person zum Zeitpunkt der Antragstellung voll arbeitsfähig ist,
- die zu versichernde Person sich nicht in ärztlicher Behandlung befindet oder eine Operation unter Vollnarkose unmittelbar bevorsteht.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit Zugang des Antrags am Sitz der Gesellschaft, nicht aber vor dem beantragten Beginn.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat,
- der Antrag durch uns abgelehnt wird bzw. in der ursprünglich beantragten Form nicht angenommen werden kann,
- der Antrag vom Versicherungsnehmer angefochten oder von ihm Widerspruch eingelegt wird,
- der Einzug des Einlösungsbeitrags infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist.

§ 4 In welchen Fällen ist der vorläufige Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Unsere Leistungspflicht ist ausgeschlossen für Versicherungsfälle auf Grund von Ursachen, nach denen im Antrag gefragt ist und von denen die versicherte Person vor seiner Unterzeichnung Kenntnis hatte, auch wenn diese im Antrag angegeben wurden. Dies gilt nicht für Umstände, die für den Eintritt des Versicherungsfalles nur mitursächlich geworden sind.

§ 5 Was gilt bei Wehrdienst, Unruhe oder Krieg?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

Wir gewähren vorläufigen Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die zu versichernde Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen berufsunfähig geworden ist, sofern die zu versichernde Person nicht auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

Bei Eintritt des Versicherungsfalles in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen besteht die Leistungspflicht nur, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, denen die zu versichernde Person während eines Aufenthaltes außerhalb Deutschlands bzw. Österreichs ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 6 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir jedoch Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt in Höhe des Beitrags für das erste Versicherungsjahr ein. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstrente gem. § 1 Absatz 2. Bereits gezahlte Beiträge rechnen wir an.

§ 7 Wie ist das Verhältnis zur beantragten Versicherung und wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

- Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.
- Ein im Antrag festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

ABsBU
Allgemeine Bedingungen für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungsombudsmann

Unser Unternehmen ist Mitglied im

Verein Versicherungsombudsmann e. V.

Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:

Tel.: 01804 - 22 44 24 (0,24 EUR je Gespräch)
Fax: 01804 - 22 44 25

Post: Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin

E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de