

EGO Grundfähigkeitsschutz

Tarif: HGFV22

Inhaltsverzeichnis

1. Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Grundfähigkeits-Versicherung	Seite 3
2. Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Versicherungsschutz	Seite 20
3. Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen	Seite 22
4. Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	Seite 24

AVB: Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Grundfähigkeits-Versicherung

(AVB_HGFV22_220701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir folgende Abkürzungen:

- BGB: Bürgerliches Gesetzbuch
- ICD-10: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, zehnte Ausgabe; eine weltweit verwendete Klassifikation der Krankheiten
- UICC: Union internationale contre le cancer; eine internationale Vereinigung, die sich der Erforschung, Vorbeugung und Behandlung von Krebserkrankungen widmet
- VAG: Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)

Inhalt

I. Leistungsbeschreibung

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Was ist eine schwere Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen?
- § 4 Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?

II. Leistungsauszahlung

- § 5 Wer erhält die Leistung?
- § 6 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 7 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 9 Was gilt für die Nachprüfung einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten?
- § 10 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

III. Beitrag und Kosten

- § 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 12 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 13 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 14 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?
- § 15 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

IV. Überschussbeteiligung

- § 16 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und was passiert mit ihm?
- § 17 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?
- § 18 Wie verwenden wir den Überschuss?
- § 19 Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Versicherung zu?
- § 20 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?
- § 21 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 22 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?
- § 23 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?
- § 24 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?
- § 25 Welche günstigeren Regelungen gelten bei einer Beitragsfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit und bei einer Wiederinkraftsetzung nach einer solchen Beitragsfreistellung?

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

- § 26 Wann können Sie Ihre Beiträge herabsetzen und welche Folgen hat das?
- § 27 Was ist die BU-Option, wann können Sie sie ausüben und welche Folgen hat das?

- § 28 Wann können Sie den Versicherungsschutz Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung um weitere Bausteine erweitern und welche Folgen hat das?
- § 29 Wann können Sie die Leistungs- und Versicherungsdauer verlängern und welche Folgen hat das?

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

- § 30 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?
- § 31 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?
- § 32 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

- § 33 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?
- § 34 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 35 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?
- § 36 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

I. Leistungsbeschreibung

§ 1 Was ist versichert?

Geltungsbereich

(1) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Versicherungsschutz bei Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

(2) Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer in mindestens einer ihrer versicherten körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 2 beeinträchtigt wird, gilt:

- **Beitragsbefreiung:** Wir übernehmen die Beitragszahlung für den gesamten Vertrag. Dies gilt, soweit eine Verpflichtung zur Beitragszahlung bei Beginn des Leistungsanspruchs noch besteht.
- **Grundfähigkeits-Rente:** Wir zahlen die garantierte Grundfähigkeits-Rente jeweils zu den vereinbarten Zahlungsterminen. Die Höhe der garantierten Grundfähigkeits-Rente und die Zahlungstermine finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation. Zusätzlich zu der garantierten Grundfähigkeits-Rente kann eine Leistung aus der Überschussbeteiligung erfolgen.

Bitte beachten Sie: Die Beeinträchtigung einer körperlichen oder geistigen Fähigkeit während der Versicherungsdauer setzt voraus, dass die versicherte Person die Fähigkeit zuvor ohne diese Beeinträchtigung besaß. Sie muss diese Fähigkeit also entweder zu Versicherungsbeginn gehabt oder während der Versicherungsdauer erworben haben. Wenn Sie beispielsweise Versicherungsschutz für ein dreijähriges Kind abschließen, wird dies in der Regel die Fähigkeit "Schreiben" (fünf Wörter mit fünf Buchstaben innerhalb von fünf Minuten leserlich schreiben) nicht besitzen. Ein Versicherungsfall wegen einer Beeinträchtigung dieser Fähigkeit kann erst eintreten, nachdem es das gelernt hat.

(3) Wenn Sie mit uns eine **garantierte Steigerung der Grundfähigkeits-Rente** im Versicherungsfall vereinbart haben, gilt:

- Die gezahlte Grundfähigkeits-Rente erhöht sich jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.
- Wir erhöhen die Grundfähigkeits-Rente erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, das auf den Beginn der Zahlung folgt.
- Wenn die versicherte Person nach einem Ende einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erneut in ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt wird, gilt: Bereits erfolgte Erhöhungen aus der vorherigen Leistungspflicht bleiben erhalten.

(4) Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die versicherte Person in ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 2 beeinträchtigt wird. Für die Leistungen sind die zu diesem Zeitpunkt vereinbarte Grundfähigkeits-Rente und Beitragshöhe des gesamten Vertrags maßgeblich.

(5) Bis entschieden wurde, ob wir leisten, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiterzahlen. Wenn wir leisten, erhalten Sie die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge zurück. Wenn Sie es in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-

Mail) beantragen, werden wir Ihnen die noch zu zahlenden Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht stunden. Für diese Stundung erheben wir keine Zinsen.

Wenn wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen und Sie dagegen gerichtlich vorgehen, gilt: Wir sind bereit, Ihnen die aus einer zinslosen Stundung angewachsenen Beitragsrückstände und die weiter fälligen Beiträge zu stunden. Dies müssen Sie in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen. Für diese Stundung erheben wir keine Zinsen. Die zinslose Stundung gewähren wir bis zur rechtskräftigen Entscheidung über die von Ihnen beanspruchte Leistung.

Zum Ablauf der Stundung müssen Sie die gestundeten Beiträge in einer Summe nachzahlen, soweit Sie während der Stundung keinen Anspruch auf Leistungen wegen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten hatten. Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen. Wenn die Grundfähigkeits-Rente nach der Verrechnung nicht den Mindestbetrag erreicht, erlischt der Vertrag, ohne dass ein Rückkaufwert fällig wird. Den Mindestbetrag finden Sie im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

(6) Ihr Anspruch auf Beitragsbefreiung und Grundfähigkeits-Rente endet, wenn die versicherte Person nicht mehr in ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt ist. **Bitte beachten Sie auch die Regelungen über die Nachprüfung einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.**

Der Anspruch endet auch mit dem Tod der versicherten Person und spätestens bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer. Den Ablauftermin finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen

(7) Wenn

- Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben,
- die versicherte Person nach Ablauf der Wartezeit und während der Versicherungsdauer im Sinne des § 3 schwer erkrankt und
- die versicherte Person 28 Tage nach dem Zeitpunkt der Diagnose noch lebt,

erhalten Sie die garantierte Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung. Ob Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, sowie die Höhe der garantierten Kapitalleistung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation. Zusätzlich zu der garantierten Kapitalleistung kann eine Leistung aus der Überschussbeteiligung erfolgen.

(8) Für den Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen gilt eine **Wartezeit** von drei Monaten ab Versicherungsbeginn. Den Versicherungsbeginn finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation. Wenn die versicherte Person während der Wartezeit, also beispielsweise einen Monat nach Versicherungsbeginn, schwer erkrankt, ist dies nicht versichert.

Wenn Sie den Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen nachträglich in Ihren Vertrag eingeschlossen haben, indem Sie das Recht auf Erweiterung Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung ausgeübt haben, gilt: Für den Beginn der Wartezeit ist nicht der Versicherungsbeginn des ursprünglichen Vertrags maßgebend, sondern der Versicherungsbeginn des Bausteins Schwere Erkrankungen. Diesen Zeitpunkt finden Sie im Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein.

Versicherungsschutz bei gleichzeitigem Vorliegen mehrfacher Leistungsvoraussetzungen

(9) Wenn die versicherte Person gleichzeitig in mehreren ihrer körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt ist, gilt: Das hat keinen Einfluss auf die Höhe der versicherten Leistungen. Wir zahlen die Grundfähigkeits-Rente auch in diesem Fall nur in einfacher Höhe.

(10) Wenn die versicherte Person gleichzeitig mehrere schwere Erkrankungen erleidet, gilt: Das hat keinen Einfluss auf die Höhe der versicherten Leistungen. Wir zahlen die Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung auch in diesem Fall nur in einfacher Höhe.

Sie können eine Kapitalleistung aus dem Baustein Schwere Erkrankungen mehrfach im Vertragsverlauf beanspruchen. Aus jeder der in § 3 genannten Krankheitsgruppen erhalten Sie allerdings höchstens einmal eine Kapitalleistung. Nach Eintritt eines Versicherungsfalles beginnt eine neue Wartezeit von zwölf Monaten.

(11) Wenn die versicherte Person

- während einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Fähigkeiten schwer erkrankt,
- gleichzeitig mit einer Beeinträchtigung ihrer körperlichen oder geistigen Fähigkeiten schwer erkrankt oder
- nach einer schweren Erkrankung in ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt wird,

zahlen wir sowohl die Beitragsbefreiung und die Grundfähigkeits-Rente als auch die Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung.

§ 2 Was ist eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Bedingungen?

(1) In Ihrem Vertrag haben Sie die versicherte Person gegen verschiedene Beeinträchtigungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten versichert.

Dabei haben Sie zusätzlich zu den im Baustein Basisschutz versicherten Beeinträchtigungen Versicherungsschutz aus weiteren Bausteinen mit uns vereinbaren können. Die darin enthaltenen Beeinträchtigungen sind dann ebenfalls versichert. Die Bausteine, aus denen Sie mit uns Versicherungsschutz vereinbart haben, nennen wir im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Was eine versicherte Beeinträchtigung ist, erläutern wir Ihnen in den folgenden Absätzen:

- Baustein Basisschutz (Absätze 4 bis 15)
- Baustein Büro- und Bildschirmtätigkeit (Absätze 16 bis 19)
- Baustein Körperliche Tätigkeit (Absätze 20 bis 25)
- Baustein Autofahren (Absatz 26)
- Baustein Grüne Mobilität (Absätze 27 bis 30)
- Baustein Sinne und Infektionen (Absätze 31 bis 33)
- Baustein Psyche (Absätze 34 und 35)

Voraussetzungen bei allen Beeinträchtigungen

(2) Für eine versicherte Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten müssen außerdem immer alle folgenden Voraussetzungen zutreffen:

- Die Beeinträchtigung ist Folge einer Krankheit, einer Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls. Die Krankheit, die Körperverletzung oder den Kräfteverfall müssen Sie ärztlich nachweisen.
- Nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen lässt sich erwarten, dass der Zustand mindestens sechs Monate ununterbrochen anhalten wird. Oder er dauert seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen an. In diesem Fall gilt der Zustand von Beginn an als Beeinträchtigung.

Für Beeinträchtigungen in Bezug auf Eigenverantwortliches Handeln - Notwendigkeit der Betreuung und in Bezug auf Autofahren sowie durch ein Tätigkeitsverbot aufgrund von Infektionen und aus dem Baustein Psyche ist diese Voraussetzung nicht von Bedeutung. In den zugehörigen Absätzen finden Sie abweichende Regelungen. Insbesondere ist dort das jeweilige Eintrittsdatum der Beeinträchtigung festgelegt.

Ausschluss vom Versicherungsschutz bei grundsätzlich allen Beeinträchtigungen

(3) Grundsätzlich ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Beeinträchtigungen in Folge psychischer Krankheiten. Dies gilt jedoch nicht für die folgenden Beeinträchtigungen:

- Beeinträchtigung aufgrund von Pflegebedürftigkeit
- Geistige Leistungsfähigkeit
- Beeinträchtigung aufgrund von Demenz
- Eigenverantwortliches Handeln - Notwendigkeit der Betreuung
- Beeinträchtigung aufgrund von Schizophrenie
- Beeinträchtigung aufgrund von schwerer Depression

Sehen (Baustein Basisschutz)

(4) Die versicherte Person ist in ihrem Sehvermögen stark beeinträchtigt. Sie hat - auf jedem Auge nur noch ein Sehvermögen von höchstens 5 % oder

- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes in alle Richtungen auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum.

Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Brillen und Kontaktlinsen.

Hören (Baustein Basisschutz)

(5) Die versicherte Person hat eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren. Bei ihr liegt ein Hörverlust von mindestens 60 Dezibel im Frequenzbereich des gesprochenen Worts bei 2.000 Hertz vor. Dabei ist das bessere Ohr maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Hörgeräte. Der Hörverlust ist durch ein Tonaudiogramm für Knochenleitung belegt.

Sprechen (Baustein Basisschutz)

(6) Die versicherte Person kann sich nicht mehr sinnvoll so äußern, dass ein unabhängiger Zuhörer sie versteht. Dabei ist es unerheblich, ob sie wegen

- Sprachfehlern, beispielsweise einer Wortfindungsstörung oder Wortverwechslungen, oder
- Sprechfehlern, beispielsweise falsch gebildeter Laute oder gestörten Redeflusses,

nicht mehr zu verstehen ist. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Kehlkopfmikrofone.

Schreiben (Baustein Basisschutz)

(7) Die versicherte Person kann mit der dominanten Schreibhand nicht mehr so schreiben, dass ein unabhängiger Dritter dies lesen kann. Dabei ist das Schreiben eines Textes von fünf Wörtern mit fünf Buchstaben innerhalb von fünf Minuten maßgeblich.

Gebrauch einer Hand (Baustein Basisschutz)

(8) Die versicherte Person kann mindestens eine der folgenden Tätigkeiten nicht mehr ausführen:

- Sie kann eine handelsübliche Wasserflasche mit Schraubverschluss nicht mehr ohne Hilfsmittel verschließen und danach wieder öffnen. Dabei steht die Wasserflasche auf einem Tisch. Die versicherte Person hält sie mit einer Hand fest und öffnet und verschließt sie mit der anderen Hand.
- Sie kann eine Mutter nicht mehr mit einer Hand fünf Zentimeter anziehen und lösen. Dabei verwendet die versicherte Person eine neuwertige Mutter der Größe M8 und einen geeigneten handelsüblichen Schraubenschlüssel. Die Mutter sitzt auf einem feststehenden neuwertigen Gewinde.
- Sie kann ein Blatt Papier nicht mehr der Länge nach durchschneiden. Dabei verwendet die versicherte Person ein DIN-A4-Blatt Schreibpapier und eine handelsübliche Haushaltsschere. Sie hält das Papier mit einer Hand und schneidet mit der anderen Hand.
- Sie kann ein 200 Gramm schweres Taschenbuch nicht mehr mit einer Hand greifen und fünf Minuten lang ununterbrochen halten. Wenn notwendig, legt die versicherte Person dabei ihren Unterarm ab.

Eine Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn nur eine der beiden Hände betroffen ist.

Für Kinder im Alter von höchstens sechs Jahren gilt ein abweichendes Gewicht des Taschenbuchs von 100 Gramm.

Stehen (Baustein Basisschutz)

(9) Die versicherte Person kann nicht mehr zehn Minuten lang auf ebenem, asphaltiertem Boden frei stehen, ohne sich festzuhalten oder abzustützen. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Veränderung der Körperhaltung und Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen.

Gehen (Baustein Basisschutz)

(10) Die versicherte Person kann nicht mehr ohne Hilfe einer anderen Person, ohne Unterarmgehstützen oder ohne einen Rollator gehen. Dabei ist das Gehen einer Strecke von 400 Metern auf ebenem, asphaltiertem Boden innerhalb von 20 Minuten maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei

Einlegen einer Pause von höchstens einer Minute und Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen und Gehstöcke.

Treppe steigen (Baustein Basisschutz)

(11) Die versicherte Person kann nicht mehr ohne Hilfe einer anderen Person oder ohne Unterarmgehstützen innerhalb von zehn Minuten eine Treppe hinauf- und hinabsteigen. Dabei ist eine Treppe mit Treppengeländer, zwölf gleich hohen Stufen, einer Stufenhöhe von 18 bis 20 Zentimetern und festem Bodenbelag maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung des Treppengeländers zur Sicherung, bei Einlegen einer Pause von höchstens einer Minute und bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen und Gehstöcke.

Sitzen (Baustein Basisschutz)

(12) Die versicherte Person kann nicht mehr ununterbrochen 20 Minuten auf einem Stuhl mit Rücken- und Armlehne sitzen. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Veränderung der Sitzhaltung und Abstützen auf Armlehnen besteht.

Beeinträchtigung aufgrund von Pflegebedürftigkeit (Baustein Basisschutz)

(13) Die versicherte Person benötigt und erhält bei mindestens zwei der sechs im Folgenden genannten Aktivitäten täglich die Hilfe einer anderen Person. Bei Kindern im Alter von höchstens neun Jahren gilt darüber hinaus: Der Bedarf an Hilfe muss höher sein als bei einem altersentsprechend entwickelten Kind.

- Fortbewegen im Zimmer: Die versicherte Person kann sich nur mithilfe einer anderen Person fortbewegen.
- Aufstehen und Zubettgehen: Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder zu Bett gehen.
- An- und Auskleiden: Die versicherte Person kann sich nur mithilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren: Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden. Sie ist nicht mehr fähig, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft: Die versicherte Person kann sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern. Oder sie kann ihre Notdurft nur mithilfe einer Bettschüssel verrichten. Oder ihr Darm oder ihre Blase kann nur mithilfe einer anderen Person entleert werden. Wenn die versicherte Person eine Inkontinenz des Darms oder der Blase durch Windeln oder spezielle Einlagen ausgleichen kann, gilt dies nicht als Hilfebedarf.

Eine Beeinträchtigung aufgrund Pflegebedürftigkeit liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise:

- Elektrische Aufstehhilfen und Wannenlifte
- Rollstühle, Prothesen und Gehstöcke
- Haltegriffe und Bettgalgen
- Krankengerechte Kleidung, Essbestecke und Trinkgefäße

Wenn die versicherte Person vorübergehend akut erkrankt ist, stufen wir bei der Bewertung die Pflegebedürftigkeit nicht höher ein. Vorübergehende Besserungen berücksichtigen wir ebenso nicht. Eine Erkrankung oder Besserung gilt nur dann als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten vorbei ist.

Geistige Leistungsfähigkeit (Baustein Basisschutz)

(14) Die versicherte Person ist in ihrer geistigen Leistungsfähigkeit in Bezug auf

- ihre Auffassungsgabe,
- ihre Konzentration,
- ihr Gedächtnis,
- ihre Handlungsplanung,
- ihre Aufmerksamkeit oder
- ihre örtliche oder zeitliche Orientierung oder ihre Orientierung zu ihrer eigenen Person

schwer gestört. Die Störung wird

- durch Befunde eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie bestätigt und
- durch einen Neuropsychologen unter Verwendung psychometrischer Tests belegt. Es muss sich dabei um medizinisch allgemein anerkannte und standardisierte Tests handeln. In diesen Tests muss die versicherte Person zu den schlechtesten 10 % der zur Normierung der Tests verwendeten vergleichbaren Altersstichprobe gehören.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Beeinträchtigung aufgrund von Demenz (Baustein Basisschutz)

(15) Die versicherte Person hat eine Demenz mit mittelschweren Leistungseinbußen

- ab einem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder
- ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Tastatur bedienen (Baustein Büro- und Bildschirmtätigkeit)

(16) Die versicherte Person kann keinen Text mehr mit der Hand auf einer Computertastatur tippen. Dabei ist das Schreiben eines Textes von fünf Wörtern mit fünf Buchstaben innerhalb von fünf Minuten maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Brillen und Kontaktlinsen. Eine Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn nur eine der beiden Hände betroffen ist.

Smartphone und Tablet bedienen (Baustein Büro- und Bildschirmtätigkeit)

(17) Die versicherte Person kann

- auf einem handelsüblichen Smartphone mit einer Displaygröße von mindestens 3,5 Zoll oder
- auf einem handelsüblichen Tablet

motorisch keinen Text mehr schreiben. Dabei ist das Schreiben eines Textes von fünf Wörtern mit fünf Buchstaben innerhalb von fünf Minuten maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Brillen und Kontaktlinsen.

Bildschirmtätigkeit (Baustein Büro- und Bildschirmtätigkeit)

(18) Die versicherte Person kann nicht mehr über einen Zeitraum von zwei Stunden Wörter und Symbole an einem Bildschirm erkennen. Dabei macht sie nach einer Stunde eine Pause von zehn Minuten. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Brillen, Kontaktlinsen und die Bildschirmleupe.

Eigenverantwortliches Handeln - Notwendigkeit der Betreuung (Baustein Büro- und Bildschirmtätigkeit)

(19) Die versicherte Person ist in ihrer Fähigkeit zu eigenverantwortlichem Handeln so beeinträchtigt, dass ein Betreuungsgericht in Deutschland

- für mindestens sechs Monate ununterbrochen einen gesetzlichen Betreuer für die versicherte Person bestellt und
- die Betreuung für den Aufgabenkreis "Vermögenssorge mit Einwilligungsvorbehalt" oder "Aufenthaltsbestimmung" anordnet.

Die Notwendigkeit der Betreuung muss durch Berichte eines Facharztes für Neurologie oder Psychiatrie belegt sein.

Als Eintrittsdatum dieser Beeinträchtigung gilt das Datum der gerichtlichen Anordnung.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Heben und Tragen (Baustein Körperliche Tätigkeit)

(20) Die versicherte Person kann einen Kanister nicht mehr innerhalb von fünf Minuten mit einem Arm

- vom Boden anheben und

- auf ebenem, asphaltiertem Boden fünf Meter weit tragen,

ohne ihn zwischendurch abzusetzen. Dabei ist ein handelsüblicher Kanister von fünf Kilogramm Gewicht mit einem Handgriff maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn nur einer der beiden Arme betroffen ist.

Für Kinder im Alter von höchstens 14 Jahren gilt ein abweichendes Gewicht des Kanisters: Ein Kilogramm für Kinder im Alter von höchstens sechs Jahren und zwei Kilogramm für ältere Kinder.

Schieben (Baustein Körperliche Tätigkeit)

(21) Die versicherte Person kann eine andere Person nicht mehr in einem Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, asphaltiertem Boden schieben. Dabei sind

- eine geschobene Person von gleichem, höchstens jedoch 85 Kilogramm, Gewicht und
- ein unbeschädigter manueller Standard-Rollstuhl

maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen.

Für Kinder im Alter von höchstens 14 Jahren gilt abweichend: Maßgeblich sind ein Kinderrollstuhl und das Gesamtgewicht des Rollstuhls und der geschobenen Person.

Gebrauch eines Arms (Baustein Körperliche Tätigkeit)

(22) Die versicherte Person kann

- ein 200 Gramm schweres Taschenbuch nicht mehr aus einem Regal in Brusthöhe herunternehmen und wieder dort ablegen,
- einen Arm nicht mehr zur Seite auf Schulterhöhe heben und zehn Sekunden gestreckt halten oder
- einen Arm nicht mehr nach vorn auf Schulterhöhe heben und zehn Sekunden gestreckt halten.

Eine Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn nur einer der beiden Arme betroffen ist.

Für Kinder im Alter von höchstens sechs Jahren gilt ein abweichendes Gewicht des Taschenbuchs von 100 Gramm.

Bücken (Baustein Körperliche Tätigkeit)

(23) Die versicherte Person kann sich aus dem Stand nicht mehr so weit bücken, dass die Fingerspitzen beider Hände den Boden berühren. Oder die versicherte Person kann sich danach nicht mehr ohne Unterbrechung wieder aufrichten. Dabei ist das Bücken und Aufrichten

- aus eigener Kraft, ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe einer anderen Person
- auf ebenem, asphaltiertem Boden
- innerhalb von fünf Minuten

maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Anwinkeln der Knie beim Bücken und Abstützen am Boden beim Aufstehen besteht.

Knien (Baustein Körperliche Tätigkeit)

(24) Die versicherte Person kann sich aus dem Stand nicht mehr mit beiden Beinen auf den Boden knien. Oder die versicherte Person kann sich danach nicht mehr ohne Unterbrechung wieder aufrichten. Dabei ist das Knien und Aufrichten

- aus eigener Kraft, ohne Hilfsmittel und ohne Hilfe einer anderen Person
- auf ebenem, asphaltiertem Boden
- innerhalb von fünf Minuten

maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Abstützen am Boden besteht.

Gleichgewicht halten (Baustein Körperliche Tätigkeit)

(25) Die versicherte Person ist ohne Hilfsmittel im Halten ihres Gleichgewichts beeinträchtigt. Dies ist durch einen der beiden folgenden von einem Arzt durchgeführten Tests belegt:

- Unterberger-Tretversuch: Die versicherte Person tritt mit geschlossenen Augen

und ausgestreckten Armen gleichmäßig auf einer Stelle. Im Untersuchungsraum sind keine mit geschlossenen Augen wahrnehmbaren Orientierungsmerkmale vorhanden. Der Test ist positiv, wenn die versicherte Person nach 50 Schritten mindestens 45 Grad von der Ausgangsposition abgewichen ist oder während des Tests eine Fallneigung zeigt.

- Romberg-Stehversuch: Die versicherte Person steht mit ausgestreckten Armen und parallel eng aneinander gestellten Füßen aufrecht. Auf Aufforderung schließt die versicherte Person die Augen. Im Untersuchungsraum sind keine mit geschlossenen Augen wahrnehmbaren Orientierungsmerkmale vorhanden. Der Test ist positiv, wenn die versicherte Person mit geschlossenen Augen eine stärkere Schwank- oder Fallneigung zeigt als mit geöffneten Augen. Er ist auch positiv, wenn die versicherte Person nur mit geschlossenen Augen eine Schwank- oder Fallneigung zeigt.

Die Beeinträchtigung muss durch

- eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns,
- eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder
- eine Schädigung der Nerven der Füße und der Unterschenkel verursacht worden sein.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Autofahren (Baustein Autofahren)

(26) Die versicherte Person ist aus gesundheitlichen Gründen auch unter Beschränkungen und Auflagen nicht mehr zum Autofahren geeignet. Dies ist durch ein verkehrsmedizinisches Gutachten nach den deutschen Begutachtungsleitlinien zur Kraffahreignung belegt. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Brillen, Hörgeräte und Prothesen. Zusätzlich muss sich eine der folgenden drei Voraussetzungen ergeben:

- Der versicherten Person wird in Deutschland die Fahrerlaubnis der Klasse B beziehungsweise der Klasse 3 entzogen. Sie gibt ihren Führerschein bei einer zuständigen deutschen Behörde ab.
- Die versicherte Person verzichtet freiwillig auf die Fahrerlaubnis der Klasse B beziehungsweise der Klasse 3. Sie gibt ihren Führerschein bei einer zuständigen deutschen Behörde ab.
- Die versicherte Person erhält von einer deutschen Fahrerlaubnisbehörde den Bescheid, dass sie nicht zur Führung eines Fahrzeugs der Klasse B geeignet ist. Die versicherte Person ist zu diesem Zeitpunkt zwischen 16 und 37 Jahre alt und nicht im Besitz der Fahrerlaubnis der Klasse B beziehungsweise der Klasse 3.

Bei den ersten beiden Voraussetzungen ist es nicht von Bedeutung,

- ob die versicherte Person die Fahrerlaubnis zu Versicherungsbeginn besaß oder erst während der Versicherungsdauer erworben hat und
- in welchem Alter die versicherte Person die Fahrerlaubnis erworben hat.

Als Eintrittsdatum dieser Beeinträchtigung gilt

- das Datum der Abgabe des Führerscheins beziehungsweise
- das Datum des Bescheids der Fahrerlaubnisbehörde über die Nichteignung.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Fahrradfahren (Baustein Grüne Mobilität)

(27) Die versicherte Person kann motorisch nicht mehr

- ohne Hilfe einer anderen Person auf ein Fahrrad auf- und absteigen und
- mit dem Fahrrad innerhalb von zehn Minuten einen Kilometer weit auf ebenem, asphaltiertem Boden fahren.

Dabei ist ein Fahrrad maßgeblich mit

- zwei hintereinander angeordneten Rädern,
- tiefem Einstieg und
- Antrieb durch das Treten von Pedalen.

Fahrräder in diesem Sinne sind auch E-Bikes oder Pedelecs, bei denen ein Elektromotor mit einer Nenndauerleistung von höchstens 250 Watt das Treten bis

zu einer Geschwindigkeit von 25 Kilometer pro Stunde unterstützt. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen. Eine Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn nur das Fahren eines Fahrrads ohne Elektromotor oder nur das Fahren eines Fahrrads mit Elektromotor betroffen ist.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Tretroller fahren (Baustein Grüne Mobilität)

(28) Die versicherte Person kann sich motorisch nicht mehr auf einen Tretroller stellen und innerhalb von zehn Minuten 200 Meter weit auf ebenem, asphaltiertem Boden fahren. Dabei ist ein nach Angabe des Herstellers für das Alter, das Gewicht und die Größe der versicherten Person geeigneter Tretroller mit

- zwei hintereinander angeordneten Rädern,
- einem Trittbrett, auf dem der Fahrer steht,
- einer Lenkstange,
- Antrieb nur durch das Abstoßen vom Boden mit dem Fuß und
- GS-Prüfzeichen (Geprüfte Sicherheit)

maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

E-Scooter fahren (Baustein Grüne Mobilität)

(29) Die versicherte Person

- ist mindestens 14 Jahre alt und
 - kann sich motorisch nicht mehr auf einen E-Scooter stellen und innerhalb von zehn Minuten einen Kilometer weit auf ebenem, asphaltiertem Boden fahren.
- Dabei ist ein E-Scooter mit
- zwei hintereinander angeordneten Rädern,
 - einem Trittbrett, auf dem der Fahrer steht,
 - einer Lenk- oder Haltestange,
 - Antrieb durch einen Elektromotor bis zu einer Geschwindigkeit von 20 Kilometer pro Stunde und
 - Straßenzulassung für Deutschland

maßgeblich. Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Teilnahme am öffentlichen Personenverkehr (Baustein Grüne Mobilität)

(30) Die versicherte Person kann motorisch nicht mehr ohne Hilfe einer anderen Person oder ohne Unterarmgehstützen am öffentlichen Personenverkehr teilnehmen, weil sie

- nicht mehr mit einem freihändig am Körper getragenen Gepäckstück von fünf Kilogramm Gewicht in das Verkehrsmittel ein- oder aus ihm aussteigen kann, auch wenn sie die Einstiegshilfen des Verkehrsmittels nutzt, oder
- nicht mehr 20 Minuten während des Fahrbetriebs darin sitzen kann.

Eine Beeinträchtigung liegt nur vor, wenn diese auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel besteht. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Prothesen und Gehstöcke. Dazu gehören auch Hilfsmittel, die der Transportdienstleister bereitstellt, beispielsweise Haltegriffe und reservierte Sitze für Menschen mit Mobilitäts-Einschränkung. Wenn Mitarbeiter des Transportdienstleisters Hilfsmittel bedienen, die dieser bereitgestellt hat, zählt das nicht als Hilfe einer anderen Person.

Zum öffentlichen Personenverkehr zählen

- der öffentliche Personennahverkehr,
- der straßen- oder schienengebundene öffentliche Personenregionalverkehr und

- der straßen- oder schienengebundene öffentliche Personenfernverkehr.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Für Kinder im Alter von höchstens 14 Jahren gilt ein abweichendes Gewicht des Gepäckstücks: Ein Kilogramm für Kinder im Alter von höchstens sechs Jahren und zwei Kilogramm für ältere Kinder.

Riechen und Schmecken (Baustein Sinne und Infektionen)

(31) Die versicherte Person hat ihren Geruchs- und Geschmackssinn vollständig verloren. Sie kann selbst intensive Geruchs- und Geschmacksstoffe wie beispielsweise

- den Geruch von Vanille, Kaffee, Menthol oder Essig und
- den Geschmack von Kochsalz, Chinin, Glucose oder Zitronensäure

nicht mehr wahrnehmen. Dies ist durch objektive Riech- und Geschmacksprüfungen belegt. Bei diesen werden die beim Erkennen eines Geruchs oder Geschmacks ausgelösten Hirnströme gemessen und im Elektroenzephalogramm (EEG) grafisch dargestellt.

Fühlen (Baustein Sinne und Infektionen)

(32) Die versicherte Person hat den Tastsinn in einer Hand vollständig verloren. Ein Facharzt für Neurologie hat diesen Befund durch eine Messung der Nervenleitgeschwindigkeit belegt. Eine Beeinträchtigung liegt auch vor, wenn nur eine der beiden Hände betroffen ist.

Beeinträchtigung durch ein Tätigkeitsverbot aufgrund von Infektionen (Baustein Sinne und Infektionen)

(33) Der versicherten Person wird

- wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr nach eigener Infektion
- durch eine behördliche Einzelanordnung aufgrund gesetzlicher Vorschriften oder Rechtsverordnungen
- für mindestens sechs Monate ununterbrochen

die berufliche Tätigkeit vollständig untersagt.

Als Eintrittsdatum dieser Beeinträchtigung gilt das Datum der behördlichen Einzelanordnung.

Beeinträchtigung aufgrund von Schizophrenie (Baustein Psyche)

(34) Die versicherte Person ist

- an einer Schizophrenie im Sinne der ICD-10, F20.0 bis F20.9, erkrankt und
- allein durch die Folgen dieser Erkrankung erheblich und langfristig an der Teilhabe am Erwerbsleben eingeschränkt. Solche Folgen können beispielsweise formale Denkstörungen, Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Affektstörungen, Antriebsstörungen und psychomotorische Störungen sein.

Eine erhebliche und langfristige Einschränkung der Teilhabe am Erwerbsleben liegt vor, wenn Folgendes gilt: Die versicherte Person war mindestens zwölf Monate ununterbrochen außerstande irgendeine Erwerbstätigkeit außerhalb einer geschützten Einrichtung mindestens drei Stunden täglich auszuüben. Geschützte Einrichtungen sind beispielsweise Werkstätten für behinderte Menschen.

Das Bestehen der Schizophrenie, ihre Symptomatik und ihre Auswirkung auf die Erwerbsfähigkeit muss durch Berichte eines Facharztes für Psychiatrie belegt sein.

Als Eintrittsdatum dieser Beeinträchtigung gilt der Beginn der erheblichen und langfristigen Einschränkung an der Teilhabe am Erwerbsleben.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Beeinträchtigung aufgrund von schwerer Depression (Baustein Psyche)

(35) Die versicherte Person leidet

- seit zwölf Monaten ununterbrochen an einer schweren depressiven Episode im Sinne der ICD-10, F32.2 oder F32.3 oder
- an mehreren schweren depressiven Episoden im Sinne der ICD-10, F32.2 oder F32.3 mit einer Gesamtdauer von mindestens zwölf Monaten. Dabei war der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden Episoden immer höchstens

sechs Monate lang.

Das Bestehen dieser depressiven Episoden, ihr Schweregrad, ihre Dauer und ihre Abstände muss durch Berichte eines Facharztes für Psychiatrie belegt sein.

Als Eintrittsdatum dieser Beeinträchtigung gilt der Beginn des Zeitraums von zwölf Monaten.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

§ 3 Was ist eine schwere Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Die schweren Erkrankungen haben wir in verschiedenen Krankheitsgruppen zusammengefasst. **Bitte beachten Sie: Schwere Erkrankungen der Krankheitsgruppe 5 sind nur versichert, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnose höchstens 14 Jahre alt ist.**

Was eine versicherte schwere Erkrankung ist, erläutern wir Ihnen in den folgenden Absätzen. Dazu müssen wir auch wenig geläufige medizinische Fachbegriffe verwenden.

- Krankheitsgruppe 1 (Absätze 2 und 3)
- Krankheitsgruppe 2 (Absätze 4 und 5)
- Krankheitsgruppe 3 (Absätze 6 bis 8)
- Krankheitsgruppe 4 (Absätze 9 und 10)
- Krankheitsgruppe 5 - nur versichert, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnose höchstens 14 Jahre alt ist (Absätze 11 bis 17)

Krebs (Krankheitsgruppe 1)

(2) Bei der versicherten Person wird eine Krebserkrankung festgestellt.

Dabei muss eine der folgenden Diagnosen durch einen histologischen oder zytologischen Befund bestätigt sein:

- Es liegt ein Tumor, auch schwarzer Hautkrebs, der Tumorgroße T1 in der Klassifikation der UICC (Stand 2020) vor. Der Tumor befindet sich in der Brust oder erfordert zur Behandlung eine systemische Chemotherapie, eine von außen auf den Körper wirkende Strahlentherapie oder eine Immuntherapie.
- Es liegt ein Tumor, auch schwarzer Hautkrebs, ab einer Tumorgroße T2 in der Klassifikation der UICC (Stand 2020) vor.
- Es liegt ein Tumor mit Metastasen in Lymphknoten oder Fernmetastasen vor.
- Es liegt ein Gehirntumor ab Grad II in der Klassifikation der Weltgesundheitsorganisation (Stand 2021) vor.
- Es liegt eine bösartige Erkrankung des Bluts, der blutbildenden Organe oder des Lymphsystems vor. Die Erkrankung erfordert zur Behandlung eine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, systemische Chemotherapie, Knochenmarktransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie größeren Umfangs.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Formen von Hautkrebs, die nicht schwarzer Hautkrebs sind.

Gutartiger Hirntumor (Krankheitsgruppe 1)

(3) Bei der versicherten Person wird eine nicht bösartige, aber lebensbedrohliche Neubildung von Gewebe im Gehirn festgestellt.

Dabei müssen die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Das Vorliegen eines Tumors wurde durch Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen.
- Es wurden schwere Folgen des Tumors, wie beispielsweise Erhöhung des Hirndrucks, Neuauftreten von epileptischen Anfällen oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen, objektiv nachgewiesen.

Zusätzlich muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
- Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind Zysten, Verkalkungen, Granulome, Hämatome sowie Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des

Gehirns.

Multiple Sklerose (Krankheitsgruppe 2)

(4) Bei der versicherten Person wird Multiple Sklerose festgestellt.

Dabei müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Diagnose Multiple Sklerose wird von einem Facharzt für Neurologie bestätigt.
- Es wurde mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark durch Computertomographie (CT), Magnetresonanztomographie (MRT) oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen.
- Die versicherte Person hat eine dadurch erklärbare neurologische Einschränkung, die einem Wert von mindestens 4,5 in der Expanded Disability Status Scale (Stand 2016) entspricht. Bei der Expanded Disability Status Scale handelt es sich um eine Leistungsskala, die den Schweregrad der Behinderung bei Multiple-Sklerose-Patienten angibt.

Morbus Parkinson (Krankheitsgruppe 2)

(5) Bei der versicherten Person wird Morbus Parkinson festgestellt.

Dabei müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die Diagnose Morbus Parkinson wird von einem Facharzt für Neurologie gestellt. Dieser hat zur Diagnosestellung alle Krankheiten mit ähnlichen Beschwerden ausgeschlossen. Zu diesen Krankheiten zählen beispielsweise sekundäre und atypische Parkinson Syndrome. Dazu gehören auch sekundäre Parkinson Syndrome, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.
- Die Krankheit hat zu neurologischen Funktionsausfällen geführt, die mindestens Stadium 4 auf der Hoehn-Yahr-Skala (Stand 1987) entsprechen. Bei der Hoehn-Yahr-Skala handelt es sich um eine Leistungsskala, die die Schwere der Erkrankung bei Parkinson Patienten angibt.

Herzinfarkt (Krankheitsgruppe 3)

(6) Bei der versicherten Person wird ein akut aufgetretener Herzinfarkt festgestellt.

Die Diagnose muss durch einen Facharzt für Kardiologie oder Innere Medizin erfolgen und alle folgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Es liegen die für einen Herzinfarkt typischen klinischen Symptome vor.
- Im Elektrokardiogramm (EKG) können Veränderungen nachgewiesen werden, die mit einem Herzinfarkt vereinbar sind.
- Es wurde ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin festgestellt. Dieser Anstieg lag über dem Referenzwert für Herzinfarkte und wurde nicht direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht. Troponin ist ein Eiweiß, das beim Absterben von Herzmuskelzellen freigesetzt wird.
- Durch den Herzinfarkt kam es zu einem Funktionsverlust des Herzens. Dieser zeigt sich durch eine verminderte Auswurfleistung der linken Herzkammer von unter 50 %. Den Funktionsverlust müssen Sie durch zwei Messungen belegen. Die erste darf frühestens einen Monat, die zweite frühestens sechs Monate nach dem Herzinfarkt erfolgen.

Schlaganfall (Krankheitsgruppe 3)

(7) Bei der versicherten Person wird ein Schlaganfall festgestellt.

Dabei muss in einem Bereich, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird, eines der folgenden Symptome neu aufgetreten sein:

- Halbseitige Lähmungen
- Sprachstörungen
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Stand 1965) zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten

Das Symptom muss mindestens drei Monate lang ununterbrochen vorgelegen haben. Oder nach allgemein anerkannten medizinischen Erkenntnissen lässt sich erwarten, dass es für mindestens drei Monate vorliegen wird.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind kurz andauernde Schlaganfälle, die folgenlos ausheilen. Zu diesen Schlaganfällen gehören beispielsweise transitorische ischämische Attacken (TIA).

Chronisches Nierenversagen (Krankheitsgruppe 3)

(8) Bei der versicherten Person wird ein chronisches Nierenversagen im Endstadium festgestellt.

Dabei muss mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Eine deswegen erforderliche Dialysebehandlung hat begonnen.
- Die versicherte Person steht auf einer anerkannten Warteliste für eine deswegen erforderliche Nierentransplantation.
- Eine deswegen erforderliche Nierentransplantation ist erfolgt.

Chronisches Leberversagen (Krankheitsgruppe 4)

(9) Bei der versicherten Person wird ein chronisches Leberversagen im Endstadium festgestellt.

Dabei müssen durch das Leberversagen

- eine Aszites, das ist eine krankhafte Ansammlung von Flüssigkeit im Bauchraum, vorliegen und
- der Wert des Albumins, eines wichtigen Bluteiweißes, im Serum höchstens 35 Gramm pro Liter betragen und
- die International Normalized Ratio (Stand 2016) über 2,2 liegen. Bei der International Normalized Ratio handelt es sich um einen weltweit standardisierten labormedizinischen Parameter im Zusammenhang mit der Blutgerinnung.

Ausgeschlossen vom Versicherungsschutz sind alle Fälle, die durch Missbrauch von Alkohol, Medikamenten oder Drogen verursacht sind.

Chronische Lungenschwäche (Krankheitsgruppe 4)

(10) Bei der versicherten Person wird eine chronische Lungenschwäche im Endstadium festgestellt.

Dabei müssen alle folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- Eine Sauerstofftherapie von mindestens acht Stunden pro Tag ist für einen Zeitraum von mindestens drei Monaten erforderlich und hat bereits begonnen.
- Ein Lungenfacharzt hat einen Sauerstoffpartialdruck von unter 55 Millimeter-Quecksilbersäule im arteriellen Blut gemessen.

Blindheit (Krankheitsgruppe 5 - nur versichert, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnose höchstens 14 Jahre alt ist)

(11) Bei der versicherten Person wird der unumkehrbare, weitgehende Verlust des Sehvermögens aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls festgestellt.

Dabei hat sie

- auf jedem Auge nur noch ein Sehvermögen von höchstens 5 % oder
- eine Einschränkung des Gesichtsfeldes in alle Richtungen auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum.

Diese Voraussetzung muss auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel erfüllt sein. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Brillen und Kontaktlinsen.

Taubheit (Krankheitsgruppe 5 - nur versichert, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnose höchstens 14 Jahre alt ist)

(12) Bei der versicherten Person wird der unumkehrbare, weitgehende Verlust des Hörvermögens aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls festgestellt.

Dabei hat sie auf beiden Ohren einen Hörverlust von mindestens 60 Dezibel im Frequenzbereich des gesprochenen Worts bei 2.000 Hertz. Diese Voraussetzung muss auch bei Nutzung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel erfüllt sein. Solche Hilfsmittel sind beispielsweise Hörgeräte.

Lähmung (Krankheitsgruppe 5 - nur versichert, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnose höchstens 14 Jahre alt ist)

(13) Bei der versicherten Person wird die vollständige und dauerhafte Unbeweglichkeit

- beider Arme,
- beider Beine oder

- eines Arms und eines Beins aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls festgestellt.

Entzündung des zentralen Nervensystems (Krankheitsgruppe 5 - nur versichert, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt der Diagnose höchstens 14 Jahre alt ist)

- (14) Bei der versicherten Person wird
- eine Entzündung des Gehirns (Enzephalitis),
 - eine Entzündung des Rückenmarks (Myelitis),
 - eine Entzündung der Hirnhäute (Meningitis) oder
 - eine Kombination einer Entzündung des Gehirns und des Rückenmarks (Enzephalomyelitis),

die durch eine Infektion mit Bakterien oder Viren verursacht wird, festgestellt.

Dabei muss die akute Entzündung des zentralen Nervensystems zu dauerhaften neurologischen Ausfällen führen. Diese müssen zur Folge haben, dass das Kind eine der folgenden altersentsprechenden Mindest-Fähigkeiten nicht besitzt. Die Beurteilung der Fähigkeit darf frühestens drei Monate nach der Infektion erfolgen.

(15) Altersentsprechende Mindest-Fähigkeiten bei drei- und vierjährigen Kindern sind:

- Das Kind kann 20 Meter ohne Hilfsmittel über ebenen, asphaltierten Boden gehend zurücklegen, ohne anzuhalten oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind kann allein einen Strohhalm halten und damit trinken.
- Das Kind kann über die Sprache mit der Umwelt kommunizieren. Dabei bleiben psychisch bedingte Störungen unberücksichtigt.

(16) Altersentsprechende Mindest-Fähigkeiten bei fünf- bis neunjährigen Kindern sind:

- Das Kind kann 100 Meter ohne Hilfsmittel über ebenen, asphaltierten Boden gehend zurücklegen, ohne anzuhalten oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind kann bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke ohne Hilfe einer anderen Person auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße zu sich nehmen.
- Das Kind kann über die Sprache mit der Umwelt kommunizieren. Dabei bleiben psychisch bedingte Störungen unberücksichtigt.

(17) Altersentsprechende Mindest-Fähigkeiten bei zehnjährigen oder älteren Kindern sind:

- Das Kind kann 200 Meter ohne Hilfsmittel über ebenen, asphaltierten Boden gehend zurücklegen, ohne anzuhalten oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind kann bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke ohne Hilfe einer anderen Person auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße zu sich nehmen.
- Das Kind kann über die Sprache mit der Umwelt kommunizieren. Dabei bleiben psychisch bedingte Störungen unberücksichtigt.
- Das Kind kann im Mini-Mental-Status-Test (Stand 2016) mehr als 15 Punkte erreichen. Der Mini-Mental-Status-Test ist ein einfaches Testverfahren zur Beurteilung von Fähigkeiten in den Bereichen Orientierung, Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Rechenfähigkeit, Erinnerungsfähigkeit und Sprache.

§ 4 Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?

(1) Unsere Leistungspflicht besteht grundsätzlich unabhängig davon, warum und wo der Versicherungsfall eintritt. Bitte beachten Sie:

- Bei manchen Beeinträchtigungen der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten sind bestimmte Ursachen ausgeschlossen. Näheres dazu finden Sie in § 2.
- Bei manchen Erkrankungen sind bestimmte Krankheitsbilder, Krankheitsformen und Krankheitsursachen ausgeschlossen. Näheres dazu finden Sie in § 3.
- Darüber hinaus ist unsere Leistungspflicht bei einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten in den Fällen ausgeschlossen, die wir in den folgenden Absätzen näher beschreiben.

Kriegerische Ereignisse

(2) Bei einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten in

unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen in ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt wird,

- denen sie während eines Aufenthalts im Ausland ausgesetzt war und
- an denen sie nicht aktiv beteiligt war,

beispielsweise im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen, wie etwa Ärzte ohne Grenzen.

Innere Unruhen

(3) Bei einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit inneren Unruhen, an denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, besteht kein Versicherungsschutz.

Straftaten

(4) Bei einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, die der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht, besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen. Er gilt ebenfalls nicht bei allen Delikten im Straßenverkehr.

Herbeiführung des Versicherungsfalls

(5) Bei einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, die der versicherten Person dadurch zustößt, dass sie

- Krankheit oder Kräfteverfall absichtlich herbeiführt,
- sich absichtlich verletzt oder
- sich zu töten versucht

besteht kein Versicherungsschutz.

Dieser Ausschluss gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass

- die Tat in einem Zustand der krankhaften Störung der Geistestätigkeit begangen wurde und
- dieser Zustand bewirkt hat, dass die freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

(6) Wenn Sie nicht die versicherte Person sind, gilt: Bei einer vorsätzlich herbeigeführten Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten durch eine widerrechtliche Handlung von Ihnen als Versicherungsnehmer besteht kein Versicherungsschutz.

Strahlen

(7) Bei einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten durch Strahlen infolge Kernenergie besteht kein Versicherungsschutz.

Voraussetzung für diesen Ausschluss: Diese Strahlen gefährden das Leben, oder schädigen die Gesundheit, zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf.

II. Leistungsauszahlung

§ 5 Wer erhält die Leistung?

(1) Sie als Versicherungsnehmer können im Rahmen des Absatz 2 bestimmen, wer die Leistung erhalten soll (Bezugsrecht). Gegebenenfalls bedarf es zur Benennung des Bezugsberechtigten zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn Sie uns keinen Bezugsberechtigten nennen, gilt:

- Solange Sie leben, erhalten Sie die Leistung.
- Werden nach Ihrem Tod noch Leistungen fällig, erbringen wir diese an Ihre Erben.

Bezugsrecht

(2) Neben der versicherten Person können Sie nur einen der im Folgenden

genannten Angehörigen der versicherten Person als Bezugsberechtigten benennen:

- Ehepartner, eingetragener Lebenspartner oder Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft
- Verwandter in gerader Linie: Das sind Personen, von denen der eine vom anderen abstammt. Dazu gehören insbesondere Eltern, Kinder und Adoptivkinder, Großeltern und Enkelkinder.
- Verschwägerter in gerader Linie: Das sind Personen, mit denen der Ehepartner oder eingetragene Lebenspartner in gerader Linie verwandt ist.
- Stiefmutter oder Stiefvater
- Schwiegertochter oder Schwiegersohn
- Schwester oder Bruder
- Nichte oder Neffe
- Ehepartner oder eingetragener Lebenspartner einer Schwester oder eines Bruders
- Schwester oder Bruder des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners
- Tante oder Onkel

Einen abweichenden Bezugsberechtigten können Sie nicht benennen.

Ein widerrufliches oder unwiderrufliches Bezugsrecht endet

- mit dem Tod des Bezugsberechtigten oder
- mit dem Ende der eheähnlichen oder lebenspartnerähnlichen Gemeinschaft.

Bei allen anderen Änderungen der Lebenssituation, beispielsweise nach einer Scheidung, bleibt das Bezugsrecht bestehen.

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie das Bezugsrecht bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit ändern. Dabei tritt mit jeder Fälligkeit ein eigener Versicherungsfall ein. Nach dem Tod der versicherten Person kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

Sie können auch ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Grundfähigkeits-Rente können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gilt Absatz 4.

Anzeige

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sowie eine Abtretung und eine Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie bereits zuvor Verfügungen getroffen haben. Beispiele dafür sind ein unwiderrufliches Bezugsrecht, eine Abtretung und eine Verpfändung.

§ 6 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus Ihrem Vertrag zu verfügen. Dies gilt insbesondere für die Entgegennahme von Leistungen aus dem Vertrag.

(2) Wir können verlangen, dass der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 7 Welche Pflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Werden Leistungen wegen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beziehungsweise schwerer Erkrankung beansprucht, können wir vom Anspruchsteller Folgendes verlangen:

- Er muss uns jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder unserer Leistungspflicht erforderlich ist (**Auskunftspflicht**).
- Er muss uns alle Informationen geben, die zur Aufklärung des Sachverhalts

dienen, um uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht zu ermöglichen (**Aufklärungspflicht**).

- Er muss uns die Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beziehungsweise die schwere Erkrankung nachweisen (**Nachweispflicht**).

(2) Der Anspruchsteller muss uns dazu ausführliche Berichte der Ärzte und sonstigen Behandler, die die versicherte Person behandeln beziehungsweise behandelt oder untersucht haben, einreichen. Zu den sonstigen Behandlern zählen beispielsweise Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure und Krankengymnasten. Aus den Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Umfang und Verlauf der Gesundheitsstörungen hervorgehen.

Werden Leistungen wegen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beansprucht, müssen diese Berichte auch Informationen über

- die Krankheit, die Körperverletzung oder den Kräfteverfall, deren Folge die Beeinträchtigung ist,
- die Auswirkungen der Gesundheitsstörungen auf die körperlichen, geistigen oder seelischen Funktionen sowie
- die bisherige und voraussichtlich weitere Dauer der Gesundheitsstörungen

enthalten. Zusätzlich sind uns in bestimmten Fällen die im folgenden genannten Unterlagen zum Nachweis einzureichen:

- Bei einer Beeinträchtigung aufgrund von Pflegebedürftigkeit: Eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die die versicherte Person pflegt, über Beginn, Art, Umfang und Dauer der bisherigen beziehungsweise zu erwartenden künftigen Pflege
- Bei einer Beeinträchtigung in Bezug auf Eigenverantwortliches Handeln - Notwendigkeit der Betreuung: Der gerichtliche Beschluss mit dem die Betreuerbestellung erfolgt ist
- Bei einer Beeinträchtigung in Bezug auf Autofahren: Das verkehrsmedizinische Gutachten und das Dokument der zuständigen deutschen Behörde über die Abgabe des Führerscheins beziehungsweise über die Nichteignung zur Führung eines Fahrzeugs der Klasse B
- Bei einer Beeinträchtigung durch ein Tätigkeitsverbot aufgrund von Infektionen: Die behördliche Einzelanordnung über das vollständige Tätigkeitsverbot

Die einzureichenden Unterlagen erkennen wir nur an, wenn sie in deutscher Sprache verfasst sind oder in amtlich beglaubigter Übersetzung vorliegen.

Die entstehenden Kosten für die Nachweise muss der Anspruchsteller tragen.

(3) Darüber hinaus können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht auf unsere Kosten weitere Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise verlangen. Dies gilt für

- Ursache, Beginn, Art, Umfang und Verlauf der Gesundheitsstörungen, die zur Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beziehungsweise der schweren Erkrankung führen und
- Auskünfte, die zur Überprüfung des wirksamen Zustandekommens des Vertrags erforderlich sind: zu gesundheitlichen, beruflichen und wirtschaftlichen Verhältnissen der versicherten Person vor Abgabe der Erklärung über ihre Gesundheitsverhältnisse oder vor Abgabe möglicher Nacherklärungen zum Erhalt des Versicherungsschutzes.

Dazu muss der Anspruchsteller uns auf unser Verlangen Auskünfte und Unterlagen von

- Ärzten und sonstigen Behandlern, dazu zählen beispielsweise Heilpraktiker, Psychotherapeuten, Psychologen, Physiotherapeuten, Masseure und Krankengymnasten,
- Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen,
- anderen Personenversicherern und gesetzlichen Krankenkassen sowie
- Berufsgenossenschaften und Behörden

zur Verfügung stellen.

(4) Zusätzlich können wir zur Beurteilung unserer Leistungspflicht weitere Untersuchungen und Testungen durch von uns beauftragte Ärzte und Psychologen verlangen. Die Kosten dafür übernehmen wir.

Dafür können wir von der versicherten Person verlangen, dass sie sich in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft untersuchen lässt. Wenn die versicherte Person für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland

nach Deutschland reisen muss, gilt: Wir übernehmen neben den Untersuchungskosten auch die üblichen Kosten für Reise und Unterbringung. Unter üblichen Kosten verstehen wir Anreisekosten mit dem Zug 2. Klasse und - wenn erforderlich - Flug in der economy class sowie Unterbringung in einem 4-Sterne-Hotel.

(5) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen wegen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Ausgenommen sind ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten.

Lässt die versicherte Person darüber hinausgehende Behandlungen nicht durchführen oder führt ärztlich angeordnete Maßnahmen zur Heilung oder Minderung der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht durch, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen. Dies betrifft beispielsweise Operationen, Diäten und Suchtentzug.

(6) Bei Überweisung von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nachdem wir alle uns vorliegenden Unterlagen geprüft haben, erklären wir in Textform innerhalb von zehn Arbeitstagen, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie mindestens alle vier Wochen über den Sachstand informieren.

§ 9 Was gilt für die Nachprüfung einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht wegen einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten sind wir berechtigt zu prüfen,

- ob die versicherte Person weiterhin in ihren versicherten körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne des § 2 beeinträchtigt ist und
- ob die versicherte Person noch lebt.

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte im Sinne des § 7 verlangen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen und Testungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte und Psychologen verlangen. Die Kosten dafür übernehmen wir. Die Regelungen des § 7 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

Wir können auch einen Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Bei einer Beeinträchtigung aufgrund von Pflegebedürftigkeit oder aufgrund von Demenz beschränken wir unsere Nachprüfungen auf diesen Nachweis.

(3) Den Wegfall einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten müssen Sie uns nur mitteilen, wenn wir Sie danach fragen.

(4) Liegt eine Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht mehr vor, stellen wir unsere Leistungen ein. Dies teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung wird nicht vor Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung wirksam. Ab dem Zeitpunkt der Wirksamkeit müssen Sie die Beiträge - in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Beeinträchtigung - wieder zahlen.

Wenn eine Beeinträchtigung bei Erhebung des Anspruchs oder bei unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht bereits nicht mehr besteht, gilt: Ansprüche bestehen längstens für den Zeitraum vom Eintritt bis zum Wegfall der Beeinträchtigung. Die Frist von drei Monaten für die Einstellung der Leistungen gilt in diesem Fall nicht.

§ 10 Was gilt, wenn die Pflichten verletzt werden?

(1) Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsteller eine Pflicht nach § 7 oder § 9 vorsätzlich oder arglistig verletzen, müssen wir keine Leistung erbringen.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Pflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass die Pflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(2) Der Anspruch auf Leistungen bleibt abweichend von Absatz 1 bestehen, soweit die Verletzung die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dies gilt nicht, wenn die Pflicht arglistig verletzt wurde.

(3) Wenn die Pflicht später erfüllt wird, gilt: Wir müssen ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen leisten.

III. Beitrag und Kosten

§ 11 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich zahlen.

Die Beitragszahlweise wirkt sich auch auf die Summe der Beiträge aus, die Sie insgesamt für Ihren Versicherungsschutz zahlen. Das heißt zum Beispiel: Bei jährlichen Beiträgen ist die Beitragssumme insgesamt geringer als bei monatlichen Beiträgen.

(2) Die Beiträge müssen Sie zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode zahlen. Die Versicherungsperiode entspricht der vereinbarten Beitragszahlweise. In der beitragsfreien Zeit ist die Versicherungsperiode ein Jahr.

(3) Sie müssen dem Lastschriftinzug der Beiträge zustimmen oder die Beiträge auf ein von uns benanntes Konto überweisen oder einzahlen. Versicherungsvermittler sind nicht berechtigt, Zahlungen entgegenzunehmen.

(4) Sie zahlen die Beiträge auf Ihre Kosten und Gefahr.

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir eventuelle Beitragsrückstände berechnen.

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

Rechtzeitige Zahlung

(1) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Den Fälligkeitstag finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn

- wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten und
- Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

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

Erstbeitrag

(2) Wenn Sie den ersten Beitrag (Erstbeitrag) nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Haben Sie den Erstbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, müssen wir nicht leisten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgebliebene Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(4) Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform mit einer Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist und haben Sie dies zu vertreten, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 13 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

(1) Wir bieten Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten verschiedene Lösungsmöglichkeiten an. Gerne beraten wir Sie, welche in Ihrem konkreten Fall die beste Möglichkeit ist. Bitte nehmen Sie dazu rechtzeitig telefonisch oder in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) Kontakt zu uns oder Ihrem Berater auf.

Stundung

(2) Sie können zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass wir die Beiträge für höchstens 24 Monate zinslos stunden.

Voraussetzungen für die Stundung:

- Nach Ablauf der Stundung beträgt die Beitragszahlungsdauer noch mindestens ein Jahr.
- Der Vertrag weist zum Ablauf der Stundung mindestens ein Deckungskapital in Höhe der zu stundenden Beiträge auf.

(3) Zum Ablauf der Stundung müssen Sie die gestundeten Beiträge in einer Summe nachzahlen. Wenn Sie die gestundeten Beiträge nicht nachzahlen, verrechnen wir sie mit dem Deckungskapital. Dadurch verringern sich die versicherten Leistungen. Sie können jedoch auch veranlassen, dass wir Ihre Beiträge so erhöhen, dass die Leistungen gleichbleiben. Die Erhöhung müssen Sie spätestens fünf Werktage vor Ablauf der Stundung in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist dafür nicht notwendig. Wenn die Grundfähigkeits-Rente nach einer Verrechnung nicht den Mindestbetrag erreicht, erlischt der Vertrag, ohne dass ein Rückkaufwert fällig wird. Den Mindestbetrag finden Sie im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

Beitragsfreistellung

(4) Sie können Ihren Vertrag vollständig oder teilweise beitragsfrei stellen und dadurch die Beitragszahlung vorzeitig beenden oder die Höhe der Beiträge vermindern. Nach einer Beitragsfreistellung können Sie Ihren Versicherungsschutz später wiederherstellen und die Beiträge auch nachzahlen. Die Regelungen zu diesen Möglichkeiten finden Sie in § 23 bis § 25.

§ 14 Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?

(1) Durch den Abschluss und die laufende Verwaltung Ihres Vertrags entstehen Kosten (**Abschluss- und Vertriebskosten** sowie **Verwaltungskosten**). Diese sind von Ihnen zu tragen und bereits in Ihren Vertrag eingerechnet. Wir stellen sie Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung. Angaben zur Höhe dieser Kosten finden Sie im Abschnitt "Kosten" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehört insbesondere die Abschlussvergütung für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen sie die Aufwendungen für die Aufnahme Ihres Vertrags in den Versicherungsbestand und für ärztliche Untersuchungen im Zusammenhang mit dem Abschluss.

Die Verwaltungskosten beinhalten Aufwendungen für die laufende Bearbeitung Ihres Vertrags. Hierzu gehört die technische Bestandsführung.

(3) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Verordnung über Rechnungsgrundlagen für die Deckungsrückstellungen (Deckungsrückstellungsverordnung) an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Dauer des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Die Verwaltungskosten verteilen wir über die gesamte Vertragsdauer.

(4) Die beschriebene Kostenverrechnung führt dazu, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrags nur geringe Beträge zur Bildung beitragsfreier Leistungen vorhanden sind.

§ 15 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir Ihnen die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen, beispielsweise bei:

- Erstellung von Abschriften
- Erstellung von Bescheinigungen
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Durchführung von Zahlungshilfen
- Buchungen außerhalb des SEPA-Zahlungsraums

Zu den Anlässen können auch Rechte zählen, die wir Ihnen in den Bedingungen einräumen. Dies gilt nicht, wenn wir ausdrücklich darauf verzichtet haben, Ihnen bei Ausübung dieses Rechts Kosten in Rechnung zu stellen.

(2) Die genauen Anlässe und die Höhe der jeweils veranlassten Kosten finden Sie in unserer beiliegenden Kostenübersicht für zusätzlichen Verwaltungsaufwand. Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) für die Zukunft angepasst werden. Die jeweils aktuelle Kostenübersicht können Sie jederzeit bei uns anfordern oder auf unserer Homepage einsehen unter:

www.hdi.de/lv-kosten

Wir behalten uns vor, für besondere Anlässe, die nicht in der Kostenübersicht stehen, Kostenpauschalen zu nehmen. Diese Anlässe müssen zusätzlichen Aufwand in der Verwaltung verursachen. Wir stellen Ihnen dann die durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung. Die Kosten erheben wir nur, wenn wir sie weder nach dem Gesetz noch, weil wir es mit Ihnen vereinbart haben, tragen müssen.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert und sehen die Kosten als angemessen an. Die Angemessenheit müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns dann nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall überhaupt nicht angemessen sind, entfallen die Kosten. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Kosten in Ihrem Fall nur in geringerer Höhe angemessen sind, setzen wir die Kosten entsprechend herab.

(3) Wenn wir aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen von dritter Seite mit Kosten belastet werden, werden wir Ihnen diese in angefallener Höhe in Rechnung stellen. Dies betrifft beispielsweise:

- Rückläufer im Lastschriftverfahren
- Ermittlung einer geänderten Anschrift, falls uns die Änderung nicht mitgeteilt wurde

IV. Überschussbeteiligung

§ 16 Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und was passiert mit ihm?

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

(2) Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgut schriftlich unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

(3) Ansprüche auf eine bestimmte Höhe Ihrer Beteiligung am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

(4) Wir haben gleichartige Versicherungen (beispielsweise Rentenversicherungen, Risiko-Lebensversicherungen, Berufsunfähigkeits-Versicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Dies tun wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

§ 17 Wie beteiligen wir Sie am Überschuss?

(1) Wir beteiligen Sie am Überschuss und an den Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen.

(2) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Versicherungen wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinnverbände.

Ihre Versicherung gehört dem in Ihrem Versicherungsschein genannten Gewinnverband an.

Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen und Ge-

winnverbände zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder ein Gewinnverband nicht dazu beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

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

Ihre Versicherung erhält auf Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihren Gewinnverband entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür finanzieren wir bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs. Ansonsten entnehmen wir sie der Rückstellung für Beitragsrück-erstattung.

§ 18 Wie verwenden wir den Überschuss?

(1) Wir rechnen den zur Verfügung stehenden Überschuss auf die zu zahlenden Beiträge an (Beitragsverrechnung). Die Beitragsverrechnung setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration jeweils für ein Versicherungsjahr, erstmals zu Beginn des ersten Versicherungsjahrs, in Prozent des Beitrags für die Grundfähigkeits-Versicherung fest.

In beitragsfreier Zeit verwenden wir den Überschuss zur Bildung oder Erhöhung eines Leistungszuwachses. Einen Leistungszuwachs zahlen wir im Versicherungsfall zusätzlich zur garantierten Leistung. Der Leistungszuwachs wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Er kann in der Zukunft noch steigen, aber nicht mehr sinken. In folgenden Fällen bilden oder erhöhen wir einen Leistungszuwachs:

- Haben Sie Ihren Vertrag beitragsfrei gestellt, gilt: Wir bilden oder erhöhen einen Leistungszuwachs erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, das auf den Termin der Beitragsfreistellung folgt.
- Während Sie Leistungen wegen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beziehen, gilt: Wir bilden oder erhöhen einen Leistungszuwachs erstmals zu Beginn des Versicherungsjahrs, das auf den Beginn der Grundfähigkeits-Rente folgt. Den Leistungszuwachs beziehungsweise seine Erhöhung setzen wir im Rahmen der Überschussdeklaration in Prozent der Vorjahresleistung fest. Die Vorjahresleistung setzt sich aus der garantierten Leistung und einem Leistungszuwachs zusammen. Wenn Sie mit uns eine garantierte Steigerung der Grundfähigkeits-Rente vereinbart haben, gilt: Beim Leistungszuwachs auf die Grundfähigkeits-Rente berücksichtigen wir zusätzlich zur Vorjahresrente auch die garantierte Steigerung des Berechnungsjahrs.

Wenn Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, gilt: Auch dieser Teil des Leistungszuwachs bewirkt nicht nur eine Erhöhung der Grundfähigkeits-Rente, sondern auch eine Erhöhung der Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung.

- Zusätzlich können Überschüsse auf den Leistungszuwachs entstehen, die wir zu seiner Erhöhung verwenden.

(2) Bei der Berechnung des Leistungszuwachses auf die Grundfähigkeits-Rente berücksichtigen wir jährliche Verwaltungskosten. Diese betragen 0,1 % des gebildeten Leistungszuwachses. Während Sie Leistungen wegen Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beziehen, betragen sie 3 % des gebildeten Leistungszuwachses.

§ 19 Wie entstehen Bewertungsreserven und wie ordnen wir diese Ihrer Versicherung zu?

(1) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Versicherungen zu berücksichtigen sind, ermitteln wir regelmäßig. Diese ordnen wir den Versicherungen anteilig rechnerisch zu. Dabei verwenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren.

(2) Bis zum Rentenbeginn entstehen bei Grundfähigkeits-Versicherungen keine Bewertungsreserven.

(3) Ab Rentenbeginn beteiligen wir Sie während des Rentenbezugs an den Bewertungsreserven. Die Beteiligung berücksichtigen wir im Rahmen der Überschussdeklaration.

(4) Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(5) Ausführlichere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie unter:

www.hdi.de

§ 20 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Faktoren ab, die wir nicht vorhersehen und nur begrenzt beeinflussen können. Solche Faktoren sind insbesondere die Entwicklung des Kapitalmarkts, des versicherten Risikos und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung können wir daher nicht garantieren. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 21 Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie unter:

www.hdi.de

V. Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 22 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Folgen hat das?

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) kündigen. Wir stellen Ihren Vertrag dann beitragsfrei.

Ist die Voraussetzung für die Beitragsfreistellung nicht erfüllt oder ist der Vertrag bereits beitragsfrei, erlischt der Vertrag, ohne dass ein Rückkaufwert fällig wird. Bei einer Kündigung innerhalb der Versicherungsperiode (§ 11 Absatz 2) erstatten wir den Beitrag anteilig für die noch nicht verstrichene Zeit der Versicherungsperiode.

(2) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 23 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?

Frist und notwendige Form bei Beitragsfreistellung

(1) Sie können jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) die vollständige oder teilweise Beitragsfreistellung Ihres Vertrags beantragen. Bei einer Beitragsfreistellung innerhalb der Versicherungsperiode (§ 11 Absatz 2) erstatten wir den Beitrag anteilig für die noch nicht verstrichene Zeit der Versicherungsperiode.

Voraussetzung für die Beitragsfreistellung: Nach der Beitragsfreistellung muss die Grundfähigkeits-Rente den Mindestbetrag erreichen. Diesen finden Sie im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

Beitragsfreie Leistungen

(2) Die beitragsfreien Leistungen berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung.

Mindestens legen wir dabei jedoch den Betrag zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Dabei sind die Abschluss- und Vertriebskosten wie in § 14 Absatz 3 angegeben beschränkt. Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf diese Zeit.

Bei der Berechnung der beitragsfreien Leistungen berücksichtigen wir den Stornoabzug und eventuelle Beitragsrückstände. Ein zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vorhandener Leistungszuwachs bleibt erhalten. Wenn Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, gilt: Das Verhältnis zwischen Grundfähigkeits-Rente und Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung bleibt bei der Beitragsfreistellung unverändert.

Stornoabzug bei Berechnung der beitragsfreien Leistungen

(3) Bei Beitragsfreistellung vermindern wir das ermittelte Deckungskapital um den Stornoabzug. Den Stornoabzug vereinbaren wir mit Ihnen mit der nachfolgend aufgeführten Begründung in der im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation bezifferten Höhe.

Wir halten den Stornoabzug für angemessen, da eine Beitragsfreistellung für uns und den verbleibenden Versichertenbestand mit Nachteilen verbunden ist. Diese Nachteile sollen verursachungsgerecht und nicht nur vom verbleibenden Versi-

chertenbestand getragen werden. Solche Nachteile ergeben sich aus den folgenden Gründen:

- Bei einer vorzeitigen Beitragsfreistellung entstehen erhöhte Verwaltungskosten, welche wir in der Beitragskalkulation nicht berücksichtigt haben. Diese werden mit dem Stornoabzug ausgeglichen.
- Die Beitragsfreistellung verändert die Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestands. Der Stornoabzug soll sicherstellen, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Beitragsfreistellung kein Nachteil entsteht.
- Wir beteiligen Sie im Voraus an Überschüssen, die zum Zeitpunkt Ihrer Beitragsfreistellung noch nicht vollständig entstanden sind. Diese gegebenenfalls noch nicht entstandenen Überschüsse gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.
- Eine vorzeitige Beitragsfreistellung des Vertrags kann je nach Situation am Kapitalmarkt dazu führen, dass sich Kapitalerträge des verbleibenden Versicherungsbestands verringern. Das gleichen wir mit dem Stornoabzug aus.
- Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den vorhandenen Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrags partizipieren Sie an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit stellt auch Ihr Vertrag Solvenzmittel zur Verfügung. Bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags gehen diese dem verbleibenden Bestand teilweise vorzeitig verloren. Sie werden deshalb im Rahmen des Stornoabzugs ausgeglichen.

Die Beweislast für die Angemessenheit des Stornoabzugs tragen wir. Haben wir im Streitfall diesen Nachweis erbracht und können Sie uns sodann nachweisen, dass die von uns zugrunde gelegten pauschalen Annahmen in Ihrem Einzelfall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder nur teilweise zutreffen beziehungsweise der Stornoabzug in Ihrem Fall der Höhe nach niedriger zu beziffern ist, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Stornoabzug.

Mögliche Nachteile der Beitragsfreistellung

(4) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (§ 14) nur ein geringer Betrag zur Bildung beitragsfreier Leistungen vorhanden. Auch in den Folgejahren sind - wegen der benötigten Risikobeiträge - gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Beträge zur Bildung beitragsfreier Leistungen vorhanden. Die Höhe der garantierten beitragsfreien Leistungen finden Sie in der Tabelle im Abschnitt "Verlaufswerte" der Individuellen Kundeninformation.

§ 24 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz nach einer Beitragsfreistellung wiederherstellen (Wiederinkraftsetzung) und welche Folgen hat das?

(1) Welche Möglichkeiten der Wiederinkraftsetzung Sie nach einer Beitragsfreistellung haben, hängt davon ab, wieviel Zeit zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung liegt:

- Bei einer Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten nach einer Beitragsfreistellung verzichten wir auf eine Risikoprüfung. Sie können wählen, ob Sie die Beiträge für den beitragsfrei gestellten Zeitraum nachzahlen oder nicht.
- Bei einer Wiederinkraftsetzung zwischen sechs und zwölf Monaten nach einer Beitragsfreistellung verzichten wir auf eine Risikoprüfung. Sie können die Beiträge für den beitragsfrei gestellten Zeitraum nicht nachzahlen.
- Bei einer Wiederinkraftsetzung zwischen zwölf Monaten und drei Jahren nach einer Beitragsfreistellung machen wir die Wiederinkraftsetzung von einer Risikoprüfung abhängig. Sie können die Beiträge für den beitragsfrei gestellten Zeitraum nicht nachzahlen.
- Eine Wiederinkraftsetzung mehr als drei Jahre nach einer Beitragsfreistellung können Sie nicht verlangen.

Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und mit Nachzahlung

(2) Sie können innerhalb von sechs Monaten nach einer Beitragsfreistellung mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass der Versicherungsschutz unter Nachzahlung der Beiträge wiederhergestellt wird.

Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und mit Nachzahlung:

- Zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung darf in den versicherten Bausteinen kein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 eingetreten sein.

getreten sein.

- Ab der Wiederinkraftsetzung zahlen Sie Ihre Beiträge wieder in der ursprünglich vereinbarten Höhe.
- Sie zahlen die Beiträge für den Zeitraum von der Beitragsfreistellung bis zur Wiederinkraftsetzung nach.

(3) Wir setzen dann den Versicherungsschutz so wieder in Kraft, wie er vor der Beitragsfreistellung bestand.

Wenn Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, gilt: Für den nach der Wiederinkraftsetzung erhöhten Teil der Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung beginnt mit der Wiederinkraftsetzung eine neue Wartezeit von drei Monaten.

Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und ohne Nachzahlung

(4) Sie können innerhalb von zwölf Monaten nach einer Beitragsfreistellung mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass der Versicherungsschutz ohne Nachzahlung der Beiträge wiederhergestellt wird.

Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung ohne Risikoprüfung und ohne Nachzahlung:

- Zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung darf in den versicherten Bausteinen kein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 eingetreten sein.
- Ab der Wiederinkraftsetzung zahlen Sie Ihre Beiträge wieder in der ursprünglich vereinbarten Höhe.

(5) Wir setzen dann den Versicherungsschutz wieder in Kraft. Durch die zeitweise Einstellung der Beitragszahlung sind die versicherten Leistungen nach der Wiederinkraftsetzung niedriger als vor der Beitragsfreistellung.

Wenn Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, gilt: Für den nach der Wiederinkraftsetzung erhöhten Teil der Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung beginnt mit der Wiederinkraftsetzung eine neue Wartezeit von drei Monaten.

Wiederinkraftsetzung mit Risikoprüfung und ohne Nachzahlung

(6) Sie können zwölf Monate bis drei Jahre nach einer Beitragsfreistellung mit einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsersten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass der Versicherungsschutz ohne Nachzahlung der Beiträge wiederhergestellt wird.

Voraussetzungen für die Wiederinkraftsetzung mit Risikoprüfung und ohne Nachzahlung:

- Zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung darf in den versicherten Bausteinen kein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 eingetreten sein.
- Ab der Wiederinkraftsetzung zahlen Sie Ihre Beiträge wieder in der ursprünglich vereinbarten Höhe.
- Wir machen die Wiederinkraftsetzung von einer Risikoprüfung abhängig.

(7) Wir setzen dann, abhängig von der Risikoprüfung, den Versicherungsschutz wieder in Kraft. Durch die zeitweise Einstellung der Beitragszahlung sind die versicherten Leistungen nach der Wiederinkraftsetzung niedriger als vor der Beitragsfreistellung.

Wenn Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, gilt: Für den nach der Wiederinkraftsetzung erhöhten Teil der Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung beginnt mit der Wiederinkraftsetzung eine neue Wartezeit von drei Monaten.

Erhöhung zukünftiger Beiträge bei Wiederinkraftsetzungen ohne Nachzahlung

(8) Wenn Sie eine Wiederinkraftsetzung ohne Nachzahlung der Beiträge beantragen, gilt: Wir bieten Ihnen an, Ihren Versicherungsschutz nach der Wiederinkraftsetzung zu erhöhen. Dabei darf die Höhe der versicherten Leistungen nach der Erhöhung höchstens so hoch sein wie vor der Beitragsfreistellung. Die Erhöhung ist beitragspflichtig. Sie müssen die Erhöhung zusammen mit der Wiederinkraftsetzung beantragen. Die Erhöhung löst keine Risikoprüfung aus.

Eintritt des Versicherungsfalls zwischen Beitragsfreistellung und Wiederinkraftsetzung

(9) Bitte beachten Sie: Die Höhe der Leistungen richtet sich nach den bei Eintritt des Versicherungsfalls vereinbarten Leistungen. Stellt sich nach einer Wiederinkraftsetzung heraus, dass in einem versicherten Baustein ein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 zwischen der Beitragsfreistellung und der Wiederinkraftsetzung eingetreten ist, gilt: Die Wiederinkraftsetzung entfällt rückwirkend. Es gelten die vor der Wiederinkraftsetzung vereinbarten Leistungen Ihres Vertrags. Die seit der Wiederinkraftsetzung gezahlten Beiträge zahlen wir zurück.

§ 25 Welche günstigeren Regelungen gelten bei einer Beitragsfreistellung aufgrund von Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit, beruflicher Auszeit oder Elternzeit und bei einer Wiederinkraftsetzung nach einer solchen Beitragsfreistellung?

(1) Abweichend von § 23 Absatz 1 verzichten wir bei einer vollständigen Beitragsfreistellung aufgrund von

- Arbeitslosigkeit,
- behördlich bewilligtem Kurzarbeitergeld,
- beruflicher Auszeit nach Absatz 3 oder
- Elternzeit

der versicherten Person während der ersten

- 24 Monate bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder beruflicher Auszeit oder
- 36 Monate bei Elternzeit

der beitragsfreien Zeit auf den Mindestbetrag. Ihre Grundfähigkeits-Versicherung endet dann nach Ablauf dieses Zeitraums, wenn Sie innerhalb dieses Zeitraums keine Wiederinkraftsetzung vornehmen.

Voraussetzung für die Abweichung von § 23 Absatz 1: Den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit müssen Sie uns bei Beitragsfreistellung nachweisen.

(2) Abweichend von § 24 Absatz 6 verzichten wir nach einer Beitragsfreistellung aufgrund von

- Arbeitslosigkeit,
- behördlich bewilligtem Kurzarbeitergeld,
- beruflicher Auszeit nach Absatz 3 oder
- Elternzeit

der versicherten Person bei Wiederinkraftsetzung innerhalb von

- 24 Monaten bei Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit oder beruflicher Auszeit oder
- 36 Monaten bei Elternzeit

auf eine Risikoprüfung.

Voraussetzungen für die Abweichung von § 24 Absatz 6:

- Sie haben uns bei Beitragsfreistellung den Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit nachgewiesen.
- Ihr Vertrag bestand bei Beginn der Arbeitslosigkeit, der Kurzarbeit, der beruflichen Auszeit oder der Elternzeit seit mindestens einem Jahr beitragspflichtig.
- Sie weisen uns nach, dass die versicherte Person in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis steht oder als Selbstständiger tätig ist.

(3) Eine berufliche Auszeit im Sinne dieser Bedingungen muss mindestens sechs Monate dauern. Während der Auszeit muss der Arbeitsvertrag weiter bestehen. Beispiele sind ein Sabbatical oder Urlaub zur Pflege von Angehörigen.

VI. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

§ 26 Wann können Sie Ihre Beiträge herabsetzen und welche Folgen hat das?

Eine Herabsetzung der Beiträge entspricht einer teilweisen Beitragsfreistellung. Die Regelungen dazu finden Sie in § 23.

§ 27 Was ist die BU-Option, wann können Sie sie ausüben und welche Folgen hat das?

(1) Wenn Sie mit uns bei Vertragsbeginn die BU-Option vereinbart haben, gilt: Sie können

- bei Eintritt der versicherten Person in die gymnasiale Oberstufe, wenn die versicherte Person zu Vertragsbeginn höchstens neun Jahre alt war, oder
- zehn Jahre nach Vertragsbeginn, wenn die versicherte Person zu Vertragsbeginn höchstens 14 Jahre alt war, oder
- wenn mindestens fünf Jahre seit Vertragsbeginn vergangen sind und die versicherte Person im Alter von höchstens 27 Jahren nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung erstmalig eine berufliche Tätigkeit aufnimmt, die sie nicht nur nebenberuflich ausübt, oder
- wenn mindestens fünf Jahre seit Vertragsbeginn vergangen sind und die versicherte Person im Alter von höchstens 32 Jahren nach erfolgreicher Prüfung zum Techniker, Fachwirt oder Meister eine berufliche Tätigkeit ausübt, auf die diese Prüfung ausgerichtet war,

innerhalb von zwölf Monaten nach dem jeweiligen Anlass mit Frist von einem Monat zu jeder Beitragsfälligkeit in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen. Ihre Grundfähigkeits-Versicherung zu beenden und eine dann von uns im Neugeschäft angebotene

- Berufsunfähigkeits-Versicherung oder
- Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

mit vereinfachter Gesundheitsprüfung oder ohne Gesundheitsprüfung abzuschließen. Ob Sie mit uns die BU-Option vereinbart haben, finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Voraussetzungen für die Ausübung der BU-Option:

- Im Rahmen der Risikoprüfung bei Vertragsabschluss haben wir die Ausübung der BU-Option nicht ausgeschlossen.
- Der dann aktuelle Beruf der versicherten Person ist nach unseren dann gültigen Annahmerichtlinien gegen Berufsunfähigkeit versicherbar.
- Es besteht noch eine Pflicht zur Beitragszahlung.
- Sie haben aktuell keine Stundung der Beiträge vereinbart.
- Sie sind nicht mit der Beitragszahlung in Rückstand.
- Es ist noch in keinem versicherten Baustein ein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 und noch kein Versicherungsfall im Sinne der Bedingungen des neuen Vertrags eingetreten.
- Sie haben noch keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen oder beantragt.
- Für die versicherte Person wurden noch keine Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, Verlusts von Grundfähigkeiten, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt.
- Wenn Sie die BU-Option aus Anlass des Eintritts in die gymnasiale Oberstufe oder aus Anlass des zehnjährigen Vertragsbestehens ausüben möchten, gilt: Wir machen die Ausübung von einer vereinfachten Gesundheitserklärung abhängig. Daraus können sich neben einer Annahme auch eine Ablehnung des Antrags oder eine Annahme mit Ausschlüssen oder Zuschlägen für den neuen Vertrag ergeben.

Bei den anderen Anlässen verzichten wir auf die Beantwortung von Gesundheitsfragen im Antrag.

(2) Wenn wir zum Zeitpunkt Ihres Antrags keine Berufsunfähigkeits-Versicherung oder Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung im Neugeschäft anbieten, können Sie die BU-Option nicht ausüben.

Wenn wir zum Zeitpunkt Ihres Antrags mehrere solcher Versicherungen anbieten, können wir alle oder bestimmte Versicherungen als Zielversicherung ausschließen, bei denen wir neben

- der Zahlung einer Altersrente und
- der Zahlung einer Berufsunfähigkeits-Rente sowie
- einer Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Versicherungsschutz gegen weitere Risiken bieten.

Voraussetzungen für den neuen Vertrag:

- Sie beantworten alle Fragen, die wir zur sachgerechten Tarifierung und im Rahmen der finanziellen Risikoprüfung stellen. Neben der Frage nach dem aktuellen Beruf können dies beispielsweise Fragen nach der Ausbildung, der beruflichen Stellung und dem Einkommen sein. Aus der finanziellen Risikoprüfung können sich Beschränkungen der versicherbaren Berufsunfähigkeits-Rente oder des Beitrags ergeben.
- Die dann im Neugeschäft für die neue Versicherung bestehenden Mindest- und Höchstgrenzen werden eingehalten. Diese können beispielsweise die versicherte Leistung, den Beitrag, das Alter zu Vertragsbeginn sowie die Beitrags-, Versicherungs- und Leistungsdauer betreffen.
- Die beantragte Berufsunfähigkeits-Rente ist zusammen mit Leistungen aus der Überschussbeteiligung zu Vertragsbeginn höchstens so hoch, wie die zuletzt versicherte Grundfähigkeits-Rente. Außerdem beträgt sie höchstens 2.500 EUR monatlich.
- Die beantragten Beitrags-, Versicherungs- und Leistungsdauern enden spätestens zum Ablauftermin der entsprechenden Dauern Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung.
- Der beantragte Prozentsatz für die garantierte Steigerung der Berufsunfähigkeits-Rente im Versicherungsfall ist höchstens so hoch, wie der Prozentsatz der garantierten Steigerung der Grundfähigkeits-Rente im Versicherungsfall. Sie können keine garantierte Steigerung beantragen, wenn Sie in Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung keine garantierte Steigerung mit uns vereinbart haben oder die Zielversicherung keine garantierte Steigerung vorsieht.
- Der beantragte Prozentsatz für die Beitragsdynamik ist höchstens so hoch, wie der Prozentsatz der Beitragsdynamik in Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung. Sie können keine Beitragsdynamik beantragen, wenn Sie in Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung keine Beitragsdynamik mit uns vereinbart haben oder die Zielversicherung keine Beitragsdynamik vorsieht.
- Wenn Sie als neuen Vertrag eine Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung beantragen, gilt: Der auf die Rentenversicherung entfallende Beitragsanteil beträgt höchstens 1.800 EUR jährlich.

(3) Ihre Grundfähigkeits-Versicherung endet, sobald der neue Vertrag zustande kommt. Wenn die versicherte Person nach dem Ende der Grundfähigkeits-Versicherung in ihren körperlichen oder geistigen Fähigkeiten beeinträchtigt wird oder schwer erkrankt, können Sie aus der Grundfähigkeits-Versicherung keine Leistungen mehr beanspruchen.

Zum Ende der Grundfähigkeits-Versicherung zahlen wir weder einen Rückkaufswert aus, noch verrechnen wir das Deckungskapital der Grundfähigkeits-Versicherung mit dem neuen Vertrag. Das gilt unabhängig davon, ob das Deckungskapital positiv oder negativ ist.

Für den neuen Vertrag gelten ausschließlich die dann im Neugeschäft gültigen Vertragsbedingungen und Rechnungsgrundlagen. Wir behalten uns vor, in den Vertragsbedingungen für Verträge, die aus der Ausübung der BU-Option hervorgehen, bestimmte vertragliche Gestaltungsrechte auszuschließen oder zu begrenzen. Das kann beispielsweise die Möglichkeit zu Erhöhungen ohne besonderen Anlass im Rahmen einer Nachversicherungsgarantie betreffen.

(4) Bitte beachten Sie: Unsere Leistungspflicht richtet sich nach den bei Eintritt des Versicherungsfalles versicherten Leistungen. Stellt sich nach Ausübung der BU-Option heraus, dass bereits vor dem Ende der Grundfähigkeits-Versicherung

- in einem versicherten Baustein ein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 der Grundfähigkeits-Versicherung vorlag oder
- die versicherte Person berufsunfähig im Sinne der Bedingungen des neuen Vertrags war,

entfällt der neue Vertrag rückwirkend und die Grundfähigkeits-Versicherung lebt rückwirkend wieder auf.

§ 28 Wann können Sie den Versicherungsschutz Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung um weitere Bausteine erweitern und welche Folgen hat das?

(1) Sie können in den ersten zwölf Monaten der Versicherungsdauer ohne bestimmten Anlass oder anlassgebunden,

- zehn Jahre nach Vertragsabschluss, wenn die versicherte Person bei Abschluss höchstens 14 Jahre alt war,
- wenn die versicherte Person im Alter von höchstens 27 Jahren nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung erstmalig eine berufliche Tätigkeit aufnimmt, die sie nicht nur nebenberuflich ausübt, oder

- wenn die versicherte Person im Alter von höchstens 32 Jahren nach erfolgreicher Prüfung zum Techniker, Fachwirt oder Meister eine berufliche Tätigkeit ausübt, auf die diese Prüfung ausgerichtet war,

mit Frist von einem Monat zu jeder Beitragsfälligkeit in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, den Versicherungsschutz um zusätzliche Bausteine zu erweitern. Dabei ist eine Erweiterung um jeden in diesen Bedingungen beschriebenen Baustein möglich, den Sie bei Vertragsabschluss noch nicht mit uns vereinbart haben.

Aus Anlass des Erwerbs der Fahrerlaubnis der Klasse B können Sie außerdem mit Frist von einem Monat zu jeder Beitragsfälligkeit in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, den Versicherungsschutz um den Baustein Autofahren zu erweitern. Die Erweiterung um andere Bausteine ist aus diesem Anlass nicht möglich.

Den Antrag für eine Erweiterung ohne bestimmten Anlass müssen Sie in den ersten zwölf Monaten der Versicherungsdauer stellen. Den Antrag für eine anlassgebundene Erweiterung müssen Sie innerhalb von zwölf Monaten nach dem jeweiligen Anlass stellen.

Voraussetzungen für die Erweiterung:

- Sie haben das Recht auf Erweiterung im Vertragsverlauf noch nicht ausgeübt.
- Im Rahmen der Risikoprüfung bei Vertragsabschluss haben wir weder den gesamten Versicherungsschutz aus einem der jetzt von Ihnen gewünschten Bausteine noch den Versicherungsschutz zu einzelnen Beeinträchtigungen aus einem der jetzt von Ihnen gewünschten Bausteine ausgeschlossen.
- Im Rahmen der Risikoprüfung bei Vertragsabschluss haben wir die Erweiterung um keinen der jetzt von Ihnen gewünschten Bausteine ausgeschlossen.
- Es besteht noch eine Pflicht zur Beitragszahlung.
- Sie haben aktuell keine Stundung der Beiträge vereinbart.
- Sie sind nicht mit der Beitragszahlung in Rückstand.
- Es ist noch in keinem ursprünglich versicherten Baustein und in keinem Baustein, um den Sie den Versicherungsschutz erweitern wollen, ein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 eingetreten.
- Sie haben noch keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen oder beantragt.
- Für die versicherte Person wurden noch keine Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, Verlusts von Grundfähigkeiten, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt.
- Bei der Erweiterung um bestimmte Bausteine machen wir die Erweiterung zusätzlich von einer Gesundheitsprüfung abhängig. Näheres dazu finden Sie in Absatz 2.

Für Ihren Antrag brauchen Sie ein von uns erstelltes Angebot. Wenn Sie diesem zustimmen, führen wir die Änderung durch. Ein solches Angebot können Sie jederzeit bei uns anfordern.

(2) Wenn Sie den Versicherungsschutz um den Baustein Autofahren erweitern möchten, stellen wir grundsätzlich eine Gesundheitsfrage zu diesem Baustein. Ausnahme: Bei einer Erweiterung innerhalb der ersten zwölf Monate oder aus Anlass des Erwerbs der Fahrerlaubnis der Klasse B verzichten wir auf die Beantwortung dieser Frage.

Wenn Sie den Versicherungsschutz um den Baustein Sinne und Infektionen erweitern möchten, stellen wir eine Gesundheitsfrage zu diesem Baustein.

Wenn Sie den Versicherungsschutz um den Baustein Psyche erweitern möchten, stellen wir eine Gesundheitsfrage zu diesem Baustein.

(3) Die Höhe der Leistungen bleibt bei der Erweiterung unverändert.

Die Beitrags-, Versicherungs- und Leistungsdauer bleiben unverändert.

Den Beitrag berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit unveränderten Rechnungsgrundlagen neu. Dabei berücksichtigen wir vereinbarte Risikozuschläge.

(4) Die Erweiterung hat keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen, soweit diese Angaben betreffen, die im Zusammenhang mit dem ursprünglichen Vertragsabschluss gemacht wurden. Die dort genannten Folgen einer Verletzung der vorver-

traglichen Anzeigepflicht betreffen den gesamten Vertrag, also insbesondere auch die Erweiterung.

Wenn wir die Erweiterung von einer Gesundheitsprüfung abhängig gemacht haben, gilt: Bezogen auf die Erweiterung beginnen die unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen neu. Die dort genannten Folgen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht betreffen - soweit die neuen Fristen über die ursprünglichen Fristen hinausgehen - nur die Erweiterung.

(5) Bitte beachten Sie: Unsere Leistungspflicht richtet sich nach den bei Eintritt des Versicherungsfalls versicherten Leistungen. Stellt sich nach der Erweiterung heraus, dass bereits vor der Erweiterung

- in einem ursprünglich versicherten Baustein oder
- in einem neu hinzugekommenen Baustein

ein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 eingetreten ist, entfällt die Erweiterung rückwirkend.

§ 29 Wann können Sie die Leistungs- und Versicherungsdauer verlängern und welche Folgen hat das?

(1) Nach einer Erhöhung der Regelaltersgrenze

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

können Sie innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass wir

- die Versicherungsdauer und die Leistungsdauer Ihres Vertrags oder
- bei unveränderter Versicherungsdauer die Leistungsdauer Ihres Vertrags

um volle Jahre verlängern. Die Verlängerung darf höchstens um die auf volle Jahre aufgerundete Zeitspanne erfolgen, um die sich die Regelaltersgrenze für die versicherte Person erhöht hat.

Für Ihren Antrag brauchen Sie ein von uns erstelltes Angebot. Wenn Sie diesem zustimmen, führen wir die Änderung durch. Ein solches Angebot können Sie jederzeit bei uns anfordern. Auf eine erneute Gesundheitsprüfung verzichten wir.

Voraussetzungen für die Verlängerung:

- Es besteht noch eine Pflicht zur Beitragszahlung.
- Sie haben aktuell keine Stundung der Beiträge vereinbart.
- Sie sind nicht mit der Beitragszahlung in Rückstand.
- Die versicherte Person ist bei Beantragung der Verlängerung höchstens 50 Jahre alt.
- Vor der Verlängerung ist eine Versicherungsdauer mindestens bis zum Alter von 60 Jahren der versicherten Person vereinbart.
- Das Alter der versicherten Person bei Ablauf der Versicherungsdauer und der Leistungsdauer überschreitet nach der Verlängerung nicht das jeweils festgelegte Höchstalter für den versicherten Beruf.
- Es ist noch in keinem versicherten Baustein ein Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 eingetreten.
- Sie haben noch keine Leistungen aus dem Vertrag bezogen oder beantragt.

(2) Die versicherten Leistungen bleiben bei der Verlängerung unverändert. Vereinbarte Leistungseinschränkungen und Leistungsausschlüsse gelten auch für die verlängerte Versicherungs- und Leistungsdauer.

Die Beitragszahlungsdauer verlängert sich zusammen mit der Versicherungsdauer. Den Beitrag berechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Dabei berücksichtigen wir vereinbarte Risikozuschläge. Wir behalten uns vor, für die hinzukommende Versicherungs- und Leistungsdauer andere Rechnungsgrundlagen zu verwenden, als wir sie zu Vertragsbeginn verwendet haben.

(3) Die Verlängerung hat keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

(4) Bitte beachten Sie: Unsere Leistungspflicht richtet sich nach den bei Eintritt des Versicherungsfalls versicherten Leistungen. Stellt sich nach der Verlängerung heraus, dass bereits vor der Verlängerung in einem versicherten Baustein ein

Versicherungsfall im Sinne von § 2 oder § 3 eingetreten ist, entfällt die Verlängerung rückwirkend.

VII. Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen

§ 30 Was müssen Sie bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens tun?

(1) Eine Änderung Ihrer Anschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Ihnen können Nachteile entstehen, wenn Sie von wichtigen Mitteilungen nicht rechtzeitig erfahren. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift unter Ihrem uns zuletzt bekannten Namen zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Wenn Sie sich für längere Zeit im Ausland aufhalten, müssen Sie uns einen Zustellungsbevollmächtigten nennen, der in der Bundesrepublik Deutschland ansässig ist. Diese Person ist zur Entgegennahme von Zustellungen besonders ermächtigt.

§ 31 Wer ist unser rechtlicher Ansprechpartner?

(1) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch Erklärungen, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(2) Wenn Sie keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärungen entgegenzunehmen. Ist auch ein solcher nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärungen als bevollmächtigt ansehen.

§ 32 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Wenn wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Abschluss des Vertrags,
- bei Änderung nach Abschluss des Vertrags oder
- auf Nachfrage

unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für die Erhebung von Daten und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen sind beispielsweise Angaben über Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers
- maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere der Wohnsitz, das Geburtsdatum, der Geburtsort sowie deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummern.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn Sie nicht im Ausland steuerlich ansässig sind.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir keine Leistung zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

VIII. Allgemeine Vereinbarungen und Informationen

§ 33 Welches Recht und welche Sprache gelten bei Ihrem Vertrag?

(1) Auf Ihren Vertrag wird das Recht der Bundesrepublik Deutschland angewendet.

(2) Die Vertragsgestaltung sowie die Kommunikation während der Dauer des Vertrags erfolgen in deutscher Sprache.

§ 34 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

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

(3) Verlegen Sie nach Abschluss des Vertrags Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen, gilt dies ebenso.

§ 35 Wie können Sie ein außergerichtliches Verfahren zur Streitschlichtung in Anspruch nehmen oder sich beschweren?

(1) Sollten Sie mit einer unserer Leistungen oder Entscheidungen nicht zufrieden sein, wenden Sie sich bitte zunächst direkt an uns.

(2) Wir haben uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Die zuständige Verbraucherschlichtungsstelle ist:

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632
10006 Berlin
www.versicherungsombudsmann.de

(3) Für Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen (beispielsweise Online-Versicherungsverträge) hat die Europäische Kommission eine Online-Plattform für Verbraucher eingerichtet. Sie können diese Plattform zur Beilegung von Streitigkeiten aus Online-Dienstleistungsverträgen nutzen. Als Online-Dienstleistungsvertrag gelten Verträge, bei denen der Unternehmer oder der Vermittler des Unternehmers Dienstleistungen über eine Webseite oder auf anderem elektronischen Weg angeboten hat. Außerdem muss der Verbraucher diese Dienstleistungen auf der Webseite oder auf anderem elektronischen Weg bestellt haben. Die Plattform ist erreichbar unter:

<https://webgate.ec.europa.eu/odr/>

(4) Unabhängig davon können Sie sich mit einer Beschwerde auch an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
- Bereich Versicherungen -
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
www.bafin.de

(5) Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den vorstehenden Absätzen unberührt.

§ 36 Wie sind Ihre Ansprüche zusätzlich abgesichert?

Zur Absicherung der Ansprüche aus der Lebensversicherung besteht ein gesetzlicher Sicherungsfonds (§§ 221 ff. VAG). Dieser ist errichtet bei:

Protector Lebensversicherungs-AG
Wilhelmstraße 43 G
10117 Berlin
www.protector-ag.de

Im Sicherungsfall wird die Aufsichtsbehörde die Verträge auf den Sicherungs-

fonds übertragen. Geschützt von dem Fonds sind die Ansprüche der Versicherungsnehmer, der versicherten Personen, der Bezugsberechtigten und sonstiger aus dem Vertrag begünstigter Personen. Wir gehören dem Sicherungsfonds an.

BB-NVG: Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie auf Erhöhung des Versicherungsschutzes

(BB_HNVG_220701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhalt

- § 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?
- § 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie frei von bestimmten Anlässen ausüben?
- § 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie gebunden an bestimmte Anlässe ausüben?
- § 4 Wann besteht die Nachversicherungsgarantie nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?
- § 5 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?
- § 6 Welche weiteren Besonderheiten gelten für die Erhöhung Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung?

§ 1 Welches Recht bietet Ihnen die Nachversicherungsgarantie?

(1) Mit der Nachversicherungsgarantie haben Sie das Recht, Ihren bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Der Verzicht auf erneute Gesundheitsprüfung beinhaltet auch den Verzicht

- auf die Prüfung gefährlicher Sportarten und Hobbys sowie
- auf die Fragen nach Körpergröße, Gewicht und geplanten Auslandsaufenthalten.

Dafür gelten die Regelungen dieser Besonderen Bedingungen.

(2) Wenn Sie die Nachversicherungsgarantie ausüben möchten, gilt: Sie müssen dies in Textform (beispielsweise Brief, Fax, E-Mail) beantragen.

§ 2 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie frei von bestimmten Anlässen ausüben?

Die ersten fünf Jahre nach Versicherungsbeginn nennen wir **freie Phase**. Wenn der Vertrag aus einem Umtausch- oder Umwandlungsrecht hervorgegangen ist, gilt: Die freie Phase endet fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn des ursprünglichen Vertrags.

Die freie Phase endet jedoch spätestens, wenn die versicherte Person 37 Jahre alt ist.

In dieser Phase können Sie die Nachversicherungsgarantie frei von bestimmten Anlässen ausüben.

§ 3 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie gebunden an bestimmte Anlässe ausüben?

(1) Die Zeit nach Ablauf der freien Phase nennen wir **gebundene Phase**.

In dieser Phase können Sie die Nachversicherungsgarantie nur gebunden an bestimmte Anlässe ausüben. Voraussetzung für die Ausübung: Sie weisen uns einen der folgenden Anlässe innerhalb von zwölf Monaten nach dessen Eintritt nach. Dazu können Sie uns beispielsweise eine Urkunde oder ein amtliches Zeugnis vorlegen. Die Anlässe beziehen sich alle auf die versicherte Person:

- Geburt eines Kindes oder Adoption eines minderjährigen Kindes
- Heirat
- Ehescheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft, wenn die Ehe oder eingetragene Lebenspartnerschaft mindestens zwölf Monate bestand
- Tod des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben Haushalt lebenden Partners
- Pflegefall des Ehepartners, des eingetragenen Lebenspartners oder eines in demselben Haushalt lebenden Partners
- Erreichen der Volljährigkeit
- Erstmalige Aufnahme eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung
- Erfolgreicher Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer

Berufsausbildung

- Erfolgreiche Absolvierung einer Meisterprüfung
- Übergang aus einem mindestens ein Jahr laufenden Teilzeit-Arbeitsverhältnis oder befristeten Arbeitsverhältnis in eine unbefristete Vollzeitstelle
- Erstmalige Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach Abschluss eines staatlich anerkannten Studiums oder einer Berufsausbildung, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Erstmaliger Wechsel von einer nicht selbstständigen Tätigkeit in eine selbstständige oder freiberufliche Tätigkeit, die nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Erstmaliger Wechsel in einen Beruf, der eine Mitgliedschaft in einer öffentlich rechtlichen Körperschaft erfordert und nicht nur nebenberuflich ausgeübt wird
- Steigerung des monatlichen Bruttoeinkommens aus nicht selbstständiger beruflicher Tätigkeit um mehr als 10 % gegenüber dem durchschnittlichen monatlichen Bruttoeinkommen der letzten 12 Monate (jeweils einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld, aber ohne Bonuszahlungen, variable Gehaltsteile, Tantiemen oder Sonderzahlungen)
- Steigerung der Summe der Bruttoeinkommen aus selbstständiger beruflicher Tätigkeit der beiden letzten Kalenderjahre (im Vergleich zu den beiden davor liegenden Kalenderjahren) um mehr als 20 %
- Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Wegfall oder Kürzung (um mindestens 15 %) einer berufsständischen Altersversorgung
- Wegfall oder Kürzung (um mindestens 25 %) einer betrieblichen Altersversorgung
- Erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Neugründung oder Übernahme einer (bestehenden) Praxis oder Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis oder Kanzlei
- Aufnahme eines Darlehens von mindestens 50.000 EUR zur Finanzierung im gewerblichen Bereich oder zur Finanzierung einer Immobilie

Weisen Sie den Eintritt des Anlasses nicht fristgerecht nach, können Sie die Nachversicherungsgarantie für diesen Anlass nicht ausüben.

(2) Die Kosten für die Nachweise tragen Sie.

§ 4 Wann besteht die Nachversicherungsgarantie nicht oder wann können Sie diese nicht ausüben?

Die Ausübung der Nachversicherungsgarantie ist nicht möglich, wenn

- der Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung beitragsfrei oder gestundet ist,
- Sie mit der Beitragszahlung in Rückstand sind,
- eine Erhöhung nach § 6 ausgeschlossen ist, weil eine Höchstgrenze bereits erreicht ist oder kein Bedarf besteht,
- die versicherte Person zum Erhöhungstermin (§ 5 Absatz 2) 50 Jahre alt oder älter ist,
- der Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie bereits eingetreten ist,
- für die versicherte Person Leistungen aus diesem Vertrag bezogen oder beantragt wurden oder
- für die versicherte Person Leistungen aus einer anderen privaten oder gesetzlichen Versicherung wegen Berufsunfähigkeit, Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, Verlusts von Grundfähigkeiten, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit bezogen oder beantragt wurden.

Stellt sich nach Ausübung der Nachversicherungsgarantie heraus, dass ein Versicherungsfall zum Zeitpunkt der Ausübung bereits eingetreten war, entfällt die Erhöhung rückwirkend.

§ 5 Wie erfolgt die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie?

(1) Den Beitrag für die Erhöhung berechnen wir unter Berücksichtigung des Alters der versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung. Wir berücksichtigen dabei auch die verbleibende Versicherungs-, Beitragszahlungs- und Leistungsdauer. Im bestehenden Vertrag vereinbarte Leistungseinschränkungen und Risikozuschläge

gelten auch für die Erhöhung.

(2) Wir führen die Erhöhung des Versicherungsschutzes frühestens zur nächsten Beitragsfälligkeit nach Erhalt Ihrer Mitteilung durch. Die Erhöhung erfolgt spätestens zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Wenn Sie uns keinen Termin nennen, erfolgt die Erhöhung zu Beginn des folgenden Versicherungsjahrs. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt zum Zeitpunkt der Erhöhung.

§ 6 Welche weiteren Besonderheiten gelten für die Erhöhung Ihrer Grundfähigkeits-Versicherung?

(1) Das Verhältnis zwischen Grundfähigkeits-Rente und Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung bleibt bei der Erhöhung unverändert. Sie können die Erhöhung der Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung also nicht unabhängig von der Erhöhung der Grundfähigkeits-Rente festlegen.

(2) Für den nach der Ausübung der Nachversicherungsgarantie erhöhten Teil der Kapitalleistung bei schwerer Erkrankung beginnt mit der Erhöhung eine neue Wartezeit von drei Monaten.

(3) Für die Berechnung verwenden wir die jeweils für Ihren Vertrag zum Erhöhungszeitpunkt geltenden Rechnungsgrundlagen für Erhöhungsleistungen. Rechnungsgrundlagen sind unsere Annahmen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins), Risikoverlauf (Häufigkeit und Dauer der Leistungsfälle sowie Sterblichkeit) und Kosten.

Wir behalten uns vor, die Erhöhung über den Abschluss eines vergleichbaren neuen Vertrags durchzuführen (Erhöhungsvertrag). Dem Erhöhungsvertrag liegen die dann gültigen Vertragsbedingungen und Rechnungsgrundlagen zugrunde. Der Umfang der versicherten Leistungen und Tarifeigenschaften entspricht grundsätzlich dem des Ursprungsvertrags. Eine Erweiterung der versicherten Leistungen ist nicht möglich.

Höchstgrenzen für die Erhöhung

(4) Pro Erhöhung dürfen Sie eine Grundfähigkeits-Rente um höchstens 100 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Grundfähigkeits-Rente erhöhen.

(5) Innerhalb der freien Phase (§ 2) dürfen Sie die Grundfähigkeits-Rente insgesamt um höchstens 100 % der zu Versicherungsbeginn vereinbarten Grundfähigkeits-Rente erhöhen.

(6) Ist die Grundfähigkeits-Rente zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie niedriger als zu Versicherungsbeginn vereinbart, gilt zusätzlich zu den Absätzen 4 und 5: Es dürfen höchstens 100 % der zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie versicherten Grundfähigkeits-Rente zusätzlich versichert werden.

(7) Die insgesamt bei uns versicherten Grundfähigkeits-, Berufsunfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten der versicherten Person dürfen eine Jahresrente von

- 30.000 EUR bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie in der freien Phase beziehungsweise
- 36.000 EUR bei Ausübung der Nachversicherungsgarantie in der gebundenen Phase

nicht übersteigen. Wenn für den Beruf der versicherten Person eine niedrigere Jahresrente als höchstens zulässige Grundfähigkeits-Rente tariflich festgelegt ist, gilt: Durch die Erhöhung darf dieser niedrigere Wert nicht überschritten werden. Dies kann dazu führen, dass Sie die Nachversicherungsgarantie nicht ausüben können.

Bedarfsabhängigkeit der Erhöhung

(8) Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein **Bedarf** besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie die Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen stehen. Unter Leistungen verstehen wir die im Falle

- der Berufsunfähigkeit,
- der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten,
- des Verlusts von Grundfähigkeiten,
- der Erwerbsunfähigkeit oder
- der Erwerbsminderung

für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen. Unter Einkommen verstehen wir das letzte jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor Ausübung der Nachversicherungsgarantie. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

(9) Um den Bedarf zu prüfen, verwenden wir als Rechengröße die gewichtete jährliche Gesamtleistung. Die **gewichtete jährliche Gesamtleistung** ist die Summe

- aller zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie für die versicherte Person versicherten jährlichen Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, des Verlusts von Grundfähigkeiten, der Erwerbsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bei privaten Versicherern sowie

- der versicherten jährlichen Leistungen aus der Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie.

Dabei berücksichtigen wir

- Versicherungen der privaten Altersversorgung zu 100 %,
- Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und
- Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 %.

Privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten dabei als private Altersversorgung.

(10) Einen Bedarf nehmen wir immer dann an, wenn die gewichtete jährliche Gesamtleistung einen **Höchstbetrag** nicht überschreitet. Dieser Betrag ergibt sich aus dem Vergleich eines einkommensunabhängigen Werts und eines einkommensabhängigen Werts:

- Er beträgt einkommensunabhängig mindestens 18.000 EUR, für Auszubildende und Studenten mindestens 24.000 EUR.
- Wenn sich einkommensabhängig ein höherer Wert ergibt, beträgt er 60 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit.

Wir haben das Recht, den Bedarf vor jeder Ausübung der Nachversicherungsgarantie zu prüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns

- jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung des Bedarfs erforderlich ist, und
- alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung des Bedarfs zu ermöglichen.

Wir informieren Sie darüber, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für die Prüfung benötigen. Sie sind verpflichtet, Ihre Angaben nachzuweisen. Die Kosten für die Nachweise tragen Sie. Erbringen Sie diese Nachweise

- bei Ausübung in der freien Phase (§ 2) nicht oder
 - bei Ausübung in der gebundenen Phase (§ 3) nicht fristgerecht,
- können Sie die Nachversicherungsgarantie zu diesem Zeitpunkt nicht ausüben.

Im Rahmen der Prüfung des Bedarfs sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Sonst riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Prüfung schriftlich informieren und belehren.

Sind Sie nicht die versicherte Person, gelten diese Bestimmungen für die versicherte Person entsprechend.

BB-DYN: Besondere Bedingungen für die planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistungen

(BB_HDYN_220701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen.

Inhalt

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

- § 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?
- § 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?
- § 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?
- § 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?
- § 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

- § 6 Was gilt speziell für fondsgebundene Rentenversicherungen?
- § 7 Was gilt speziell für Grundfähigkeits-Versicherungen?
- § 8 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen?

I. Regelungen, die Ihren Vertrag allgemein betreffen

§ 1 Wann erhöhen wir Beitrag und Leistungen?

(1) Jeweils einmal im Jahr, zum Erhöhungstermin, erhöhen wir Beitrag und Leistungen. Dies gilt, solange eine Pflicht zur Beitragszahlung besteht. Die Termine der ersten sowie letzten Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

Sie haben die Möglichkeit, einer Erhöhung zu widersprechen. Einzelheiten dazu finden Sie in § 5.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor jedem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 2 Wie erhöhen wir den Beitrag?

(1) Wir erhöhen jeweils den aktuell zu zahlenden Beitrag für die Versicherung einschließlich eingeschlossener Zusatzversicherungen um einen festen Prozentsatz (Beitragsdynamik). Den Prozentsatz können Sie zu Vertragsbeginn festlegen. Er kann grundsätzlich

- zwischen 1 % und 2 % bei Grundfähigkeits-Versicherungen für versicherte Personen, die bei Vertragsabschluss höchstens 14 Jahre alt sind,
- zwischen 1 % und 5 % bei Grundfähigkeits-Versicherungen für versicherte Personen, die bei Vertragsabschluss mindestens 15 Jahre alt sind, und
- zwischen 1 % und 10 % bei anderen Versicherungen

betragen.

Den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz der Erhöhung finden Sie im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Im Rahmen einer Erhöhung kann sich das Verhältnis zwischen der Höhe des Beitrags für die Hauptversicherung und den Beitragsanteilen eingeschlossener Zusatzversicherungen ändern.

(3) Vereinbarte Risikozuschläge werden bei jeder Erhöhung berücksichtigt. Geleistete Zuzahlungen werden nicht berücksichtigt.

(4) Erhöhungen des Beitrags gelten jeweils für die restliche Beitragszahlungsdauer.

§ 3 Wie erhöhen wir die Leistungen?

(1) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöhen sich die vereinbarten Leistungen.

Die Erhöhungen der Leistungen berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Einzelheiten zur Erhöhung der versicherten Leistungen Ihres Vertrags können Sie dem entsprechenden Paragraphen im Abschnitt II entnehmen.

(2) Durch jede Erhöhung des Beitrags erhöht sich die Leistung einer eingeschlossenen Beitragsbefreiung im Fall von Berufsunfähigkeit.

(3) Die vereinbarte Regelung zur Erhöhung bezieht sich ausschließlich auf die Erhöhung des Beitrags. Die Leistungen erhöhen sich in der Regel um einen anderen Prozentsatz als der Beitrag.

(4) Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für jede Erhöhung.

§ 4 Welche sonstigen Regelungen gelten für die Erhöhungen?

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir alle Regelungen Ihres Vertrags auch für die Erhöhungen sinngemäß an. Dies gilt insbesondere für die Versicherungsbedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung.

Entsprechendes gilt auch für die Verteilung der in Ihren Vertrag eingerechneten Abschluss- und Vertriebskosten. Weitere Informationen finden Sie unter "Welche Kosten sind in Ihren Vertrag eingerechnet?" im Abschnitt "Beitrag und Kosten" der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB).

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Eine Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie

- ihr bis zum Ende des zweiten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder

- den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem jeweiligen Erhöhungstermin zahlen.

(2) Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen, ohne Ihr Recht auf zukünftige Erhöhungen zu verlieren.

(3) Haben Sie eine Stundung der Beiträge vereinbart, so erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

(4) Handelt es sich bei Ihrem Vertrag um eine Grundfähigkeits-Versicherung, beachten Sie bitte auch § 7.

(5) Sind zum Zeitpunkt der Erhöhung Leistungen für den Fall von Berufsunfähigkeit mitversichert, gelten für die Erhöhungen der Leistungen weitere Regelungen (§ 8).

II. Regelungen, die spezielle Bestandteile Ihres Vertrags betreffen

§ 6 Was gilt speziell für fondsgebundene Rentenversicherungen?

Den Sparbeitrag aus der Erhöhung führen wir entsprechend der zum Erhöhungstermin vereinbarten Fondsaufteilung dem Fondsguthaben zu.

Die erhöhten Beiträge berücksichtigen wir bei der Mindestleistung im Todesfall. Die Mindestrente je 10.000 EUR Fondsguthaben ändert sich durch die Erhöhung des Beitrags nicht.

§ 7 Was gilt speziell für Grundfähigkeits-Versicherungen?

(1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Die Erhöhung der Leistungen berechnen wir mit den jeweils für Ihren Vertrag zum Erhöhungszeitpunkt geltenden Rechnungsgrundlagen für Erhöhungsleistungen. Rechnungsgrundlagen sind unsere Annahmen bezüglich Kapitalerträgen (Rechnungszins), Risikoverlauf (Häufigkeit und Dauer der Leistungsfälle sowie Sterblichkeit) und Kosten.

(3) Wenn Sie mit uns Versicherungsschutz aus dem Baustein Schwere Erkrankungen vereinbart haben, gilt: Das Verhältnis zwischen Grundfähigkeits-Rente und Kapitaleistung bei schwerer Erkrankung bleibt bei der Erhöhung unverändert.

(4) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

Bedarfsabhängigkeit der Erhöhung

(5) Voraussetzung für die Erhöhung ist, dass ein Bedarf der versicherten Person besteht.

Ein **Bedarf** besteht nur, wenn zum Zeitpunkt der Erhöhung die Leistungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen stehen. Unter Leistungen verstehen wir die im Falle

- der Berufsunfähigkeit,

- der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten,
- des Verlusts von Grundfähigkeiten,
- der Erwerbsunfähigkeit oder
- der Erwerbsminderung

für die versicherte Person insgesamt zu erwartenden Leistungen. Unter Einkommen verstehen wir das letzte jährliche Bruttoeinkommen aus beruflicher Tätigkeit der versicherten Person vor der Erhöhung. Als Bruttoeinkommen gelten regelmäßige Einkünfte aus Arbeitstätigkeit einschließlich Weihnachts- und Urlaubsgeld. Tantiemen, Bonus- oder Sonderzahlungen werden grundsätzlich nicht berücksichtigt. Bei Selbstständigen im Sinne dieser Bedingungen gilt der Gewinn aus Gewerbebetrieb, aus selbstständiger Arbeit oder aus Land- und Forstwirtschaft als Bruttoeinkommen im Sinne dieser Bedingungen.

(6) Um den Bedarf zu prüfen, verwenden wir als Rechengröße die gewichtete jährliche Gesamtleistung. Die **gewichtete jährliche Gesamtleistung** ist die Summe

- aller zum Zeitpunkt der Erhöhung für die versicherte Person versicherten jährlichen Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit, der Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, des Verlusts von Grundfähigkeiten, der Erwerbsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung bei privaten Versicherern sowie
- der jährlichen Erhöhungsrente.

Dabei berücksichtigen wir

- Versicherungen der privaten Altersversorgung zu 100 %,
- Versicherungen der Basisversorgung zu 80 % und
- Direktversicherungen, Pensionskassen- sowie Rückdeckungsversicherungen zu 67 %.

Privat fortgeführte Direkt- oder Pensionskassenversicherungen gelten dabei als private Altersversorgung.

(7) Einen Bedarf nehmen wir immer dann an, wenn die gewichtete jährliche Gesamtleistung einen **Höchstbetrag** nicht überschreitet. Dieser beträgt

- 65 % des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit bis zu einem Bruttoeinkommen von 100.000 EUR zuzüglich
- 32,5 % des Teils des letzten jährlichen Bruttoeinkommens, der 100.000 EUR übersteigt.

(8) Sofern wir nach unseren Unterlagen feststellen, dass durch eine kommende Erhöhung die gewichtete jährliche Gesamtleistung den Höchstbetrag überschreiten würde, werden wir Ihnen dies mitteilen. Weitere Erhöhungen sind in diesem Fall nur möglich, wenn Sie uns nachweisen, dass dennoch ein Bedarf besteht. Dies kann beispielsweise der Fall sein, wenn sich das jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht hat.

Zusätzlich haben wir das Recht, den Bedarf vor jeder Erhöhung zu prüfen. Wir können von Ihnen verlangen, dass Sie uns

- jede Auskunft erteilen, die zur Prüfung des Bedarfs erforderlich ist und
- alle Angaben machen, die zur Aufklärung des Sachverhalts dienlich sind, um uns die sachgerechte Prüfung des Bedarfs zu ermöglichen.

Wir informieren Sie darüber, welche Auskünfte und Informationen wir von Ihnen für die Prüfung benötigen. Sie sind verpflichtet, Ihre Angaben nachzuweisen. Die Kosten für die Nachweise tragen Sie. Erbringen Sie diese Nachweise nicht oder nicht fristgerecht gilt: Weitere Erhöhungen sind ab dem Zeitpunkt der Prüfung durch unsere Gesellschaft ausgeschlossen.

Im Rahmen der Prüfung des Bedarfs sind Sie gesetzlich verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Sonst riskieren Sie den Verlust Ihres erhöhten Versicherungsschutzes. Über diese Pflicht und die Rechtsfolgen einer Pflichtverletzung werden wir Sie bei der Prüfung schriftlich informieren und belehren.

Sind Sie nicht die versicherte Person, gelten die vorstehenden Bestimmungen für die versicherte Person entsprechend.

(9) Sofern die Erhöhung durchgeführt wurde, ohne dass

- wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der Höchstbetrag überschritten ist, oder
- wir von unserem Recht auf Überprüfung Gebrauch gemacht haben

gilt der Nachweis des Bedarfs für diese Erhöhung als erbracht.

(10) Ist nach unserer Prüfung die Erhöhung ausgeschlossen gilt: Wir führen die Erhöhung nicht durch und das Recht auf zukünftige Erhöhungen entfällt.

(11) Das Recht auf Erhöhungen lebt auf Ihren Antrag wieder auf, sofern Sie nachweisen, dass ein Bedarf im Sinne von Absatz 5 wieder besteht.

Erhöhungen nach Eintritt einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

(12) Nach Eintritt einer Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne der AVB gilt: Solange Sie aufgrund einer eingetretenen Beeinträchtigung von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, erfolgen keine Erhöhungen.

Erhöhungen, die nach Eintritt einer Beeinträchtigung durchgeführt werden, entfallen rückwirkend. Nachdem Sie uns einen Leistungsfall gemeldet haben, stehen Erhöhungen ab Eintritt der Beeinträchtigung unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass eine Beeinträchtigung nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt. Die Erhöhungen sind dann endgültig vereinbart.

§ 8 Was gilt speziell für Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen?

(1) Die Erhöhungen erfolgen ohne erneute Gesundheitsprüfung.

(2) Die Erhöhungen haben keinen Einfluss auf den Ablauf der unter "Gesonderte Mitteilung für die vorvertragliche Anzeigepflicht" genannten Fristen.

Besonderheiten für Erhöhungen nach Eintritt von Berufsunfähigkeit

(3) Nach Eintritt von Berufsunfähigkeit im Sinne unserer Bedingungen für Versicherungen gegen Berufsunfähigkeit gilt: Solange Sie aufgrund einer eingetretenen Berufsunfähigkeit von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, erfolgen keine Erhöhungen. Vereinbarte Erhöhungen nach Abschnitt "Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit" bleiben davon unberührt.

Erhöhungen, die nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführt werden, entfallen rückwirkend. Nachdem Sie uns einen Leistungsfall gemeldet haben, stehen Erhöhungen ab Eintritt der Berufsunfähigkeit unter Vorbehalt. Sobald verbindlich und abschließend festgestellt ist, dass die Berufsunfähigkeit nicht eingetreten ist, entfällt der Vorbehalt. Die Erhöhungen sind dann endgültig vereinbart.

Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit

(4) Unter "Beitragszahlung" im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation finden Sie einen Hinweis, wenn Sie mit uns eine Weiterführung der Beitragsdynamik bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben. Ist dies der Fall, erfolgen Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen nach Eintritt von Berufsunfähigkeit nach den Absätzen 5 bis 8.

(5) Wir erhöhen alle vereinbarten Leistungen. Solange Sie aufgrund von Berufsunfähigkeit von der Verpflichtung zur Beitragszahlung befreit sind, sind Sie auch von den Zahlungen des Beitrags für diese Erhöhungen befreit.

(6) Die Erhöhung der Beiträge und Leistungen erfolgt

- jährlich jeweils zu Beginn eines neuen Versicherungsjahrs,
- frühestens zu dem in § 1 Absatz 1 genannten Erhöhungstermin und
- längstens bis ein Jahr vor Ablauf der für die Beitragsbefreiung vereinbarten Leistungsdauer.

Die Erhöhung der Leistungen erfolgt nicht, wenn die Beitragszahlung nach Paragraph "Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen und welche Folgen hat das?" im Abschnitt "Kündigung und Beitragsfreistellung" der AVB eingestellt wurde.

(7) Die Erhöhungen erfolgen abweichend von der Beitragsdynamik (§ 2 Absatz 1) auf Basis der vereinbarten prozentualen Steigerung der Bezugsgröße. Die Bezugsgröße ist der Gesamtbeitrag ohne die Beitragsanteile der Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Diese Beiträge und den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz für die Erhöhung im Fall von Berufsunfähigkeit nennen wir Ihnen im Abschnitt "Vertragsübersicht" der Individuellen Kundeninformation.

(8) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Die Bestimmungen des § 3 Absatz 1 sowie des § 4 gelten entsprechend.

VVS: Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

(VVS_H_220701)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Sie erhalten von uns vorläufigen Versicherungsschutz zu dem von Ihnen gewünschten Vertrag. Der "gewünschte Vertrag" ist der von Ihnen beantragte Vertrag oder der Vertrag, zu dem Sie unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpolizierung einen Vorschlag angefragt haben. Für den vorläufigen Versicherungsschutz gelten die folgenden Bedingungen. In den Bedingungen nutzen wir die Abkürzung VVG: Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Inhalt

- § 1 Was ist vorläufig versichert?
- § 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?
- § 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?
- § 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?
- § 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?
- § 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist vorläufig versichert?

(1) Wenn Sie

- einen Antrag auf Abschluss eines Vertrags (Antrag) gestellt oder
- unverbindlich oder im Rahmen einer Direktpolizierung eine Anfrage für einen Vertragsvorschlag (Anfrage) an uns gerichtet haben,

leisten wir aus dem vorläufigen Versicherungsschutz, wenn

- der Versicherungsfall während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes (§ 3) eintritt und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

Dies gilt auch, wenn erst nach Ende des vorläufigen Versicherungsschutzes feststeht, dass der Versicherungsfall während seiner Dauer eingetreten ist.

Wenn Sie ein Recht auf Anpassung eines bestehenden Versicherungsschutzes ausüben und in diesem Zusammenhang einen zusätzlichen oder neuen Vertrag abschließen, gilt: Der vorläufige Versicherungsschutz ist für den zusätzlichen oder neuen Vertrag ausgeschlossen. Das kann zum Beispiel die Ausübung einer Nachversicherungsgarantie oder eines Umtauschrechts betreffen.

(2) Art und Umfang des vorläufigen Versicherungsschutzes richten sich nach den Angaben in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage. Auch wenn Ihr gewünschter Vertrag höhere Leistungen vorsieht, begrenzen wir diese wie folgt:

- Kapitalleistungen für den Todesfall sind auf 125.000 EUR beschränkt. Mögliche Leistungen aus einer Unfalltod-Zusatzversicherung sind in diesem Betrag enthalten.
- Überlebens- und Waisenrenten sind auf insgesamt jährlich 5.000 EUR beschränkt.
- Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsunfähigkeits- und Erwerbsminderungs-Renten sind auf insgesamt jährlich 12.000 EUR beschränkt. Leistungen wegen Krankenschreibung erbringen wir nicht.
- Leistungen aus einer Beitragsbefreiung sind auf die Befreiung von insgesamt jährlich 6.000 EUR Beitrag beschränkt. Wir zahlen sie nur, wenn der gewünschte Vertrag zustande gekommen ist und solange er noch besteht.
- Stirbt die versicherte Person vor Vollendung des 7. Lebensjahrs, leisten wir höchstens die gewöhnlichen Beerdigungskosten. Diese betragen zurzeit 8.000 EUR.

(3) Wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei uns bestehen, gelten die Höchstbeträge nach Absatz 2 für alle Verträge zusammen. Wenn die Summe der Leistungen aus den gewünschten Verträgen einen der Höchstbeträge übersteigt, gilt: Diesen Höchstbetrag teilen wir in dem Verhältnis auf die einzelnen Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz auf, in dem die Leistungen der einzelnen gewünschten Verträge zur Summe ihrer Leistungen stehen.

Dies gilt auch, wenn mehrere Verträge über vorläufigen Versicherungsschutz für die versicherte Person bei verschiedenen Versicherungsunternehmen bestehen.

(4) Der vorläufige Versicherungsschutz umfasst die folgenden Leistungen **nicht**:

- Leistungen im Erlebensfall, dies gilt sowohl für Kapitalleistungen als auch für Altersrenten
- Kapitalleistungen bei schwerer Erkrankung
- Leistungen aus der Überschussbeteiligung

Dies gilt auch, wenn der gewünschte Vertrag solche Leistungen vorsieht.

§ 2 Was sind die Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz?

Voraussetzungen für den vorläufigen Versicherungsschutz sind:

- Der für den gewünschten Vertrag vorgesehene Versicherungsbeginn liegt spätestens zwei Monate nach Unterzeichnung des Antrags, der unverbindlichen Anfrage oder des Vertrags im Rahmen einer Direktpolizierung.
- Sie haben im Antrag oder der Anfrage die persönlichen Daten des Versicherungsnehmers und der versicherten Person vollständig genannt. Ihre Angaben zum Umfang der Versicherung und zum Gesundheitszustand der versicherten Person sind ebenfalls vollständig.
- Sie haben es nicht von einer besonderen Bedingung abhängig gemacht, dass der gewünschte Vertrag zustande kommt.
- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage weicht nicht von den von uns angebotenen Versicherungsleistungen und Bedingungen ab.

§ 3 Wann beginnt und endet der vorläufige Versicherungsschutz?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag, an dem

- Ihr Antrag oder Ihre Anfrage bei uns eingeht und
- die in § 2 genannten Voraussetzungen erfüllt sind.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

- Ein gleichartiger Versicherungsschutz hat aus einer Versicherung begonnen. Wenn die Versicherung bei einem anderen Versicherungsunternehmen zustande gekommen ist, müssen Sie uns unverzüglich informieren.
- Sie haben Ihren Antrag oder Ihre Anfrage zurückgenommen oder angefochten.
- Sie oder wir haben den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz nach den Absätzen 3 und 4 gekündigt.
- Der gewünschte Vertrag kommt nicht zustande, weil Sie Ihre Vertragserklärung nach § 8 VVG widerrufen oder einer Abweichung des gewünschten Vertrags von Ihrem Antrag nach § 5 Absätze 1 und 2 VVG widersprochen haben.
- Sie haben nach Zustandekommen des gewünschten Vertrags den ersten Beitrag für den gewünschten Vertrag nicht rechtzeitig gezahlt. Wenn Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag am Fälligkeitstag einziehen konnten und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen haben.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Wir leisten jedoch, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die ausgebliebene Zahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Sie können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen.

(4) Auch wir können den Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz jederzeit kündigen. Wir kündigen vor allem in den folgenden Fällen:

- Wir können Ihren Antrag nicht annehmen oder können Ihnen auf Ihre Anfrage keinen Vertragsvorschlag unterbreiten.
- Sie haben unseren Vertragsvorschlag nicht innerhalb der dort gesetzten Frist angenommen.

Unsere Kündigung wird jedoch erst zwei Wochen, nachdem Ihnen diese zugegangen ist, wirksam.

(5) Wenn unsere Leistungspflicht während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes eingetreten ist, gilt: Diese endet in den Fällen des Absatzes 2 Spiegelstriche 2 und 4 und des Absatzes 3 mit dem vorläufigen Versicherungsschutz. In den übrigen Fällen bestimmt sich das Ende unserer Leistungspflicht nach § 4.

§ 4 Wann endet die Leistungspflicht aus dem vorläufigen Versicherungsschutz und wann ist sie ausgeschlossen?

(1) Wenn unsere Leistungspflicht nicht mit der Beendigung des vorläufigen Versicherungsschutzes endet (§ 3 Absatz 5), gilt: Sie besteht fort bis zum Eintritt der Leistungsfreiheit oder bis zum Wegfall der Leistungsvoraussetzungen, längstens jedoch bis die für den gewünschten Vertrag vorgesehene Leistungsdauer endet. Dabei sind jeweils die Voraussetzungen des gewünschten Vertrags entscheidend.

Darüber hinaus leisten wir nicht, wenn wir infolge einer Verletzung Ihrer vorvertraglichen Anzeigepflicht berechtigt sind, eine Anfechtung, Kündigung oder den Rücktritt von dem gewünschten Vertrag oder dem Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz zu erklären.

Weitere Informationen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht finden Sie im Abschnitt "Gesonderte Mitteilung zur vorvertraglichen Anzeigepflicht" der Individuellen Kundeninformation.

(2) Wir leisten auch nicht bei Versicherungsfällen aufgrund von Umständen,

- nach denen wir in den Antragsunterlagen oder den Unterlagen zu einer Anfrage oder den zugehörigen Dokumenten gefragt haben und
- von denen Sie oder die versicherte Person vor der Unterzeichnung des Antrags oder der Anfrage Kenntnis hatten,

auch wenn Sie diese Umstände im Antrag oder in der Anfrage angegeben haben. Dies gilt nicht, wenn die betreffenden Umstände nach unseren Grundsätzen der Risikobewertung einer Annahme des gestellten Antrags oder einem Vertragsabschluss aufgrund Ihrer Anfrage nicht entgegengestanden hätten.

(3) Darüber hinaus gelten die Einschränkungen und Ausschlüsse unter "Wann ist der Versicherungsschutz eingeschränkt oder ausgeschlossen?" im Abschnitt "Leistungsbeschreibung" der Bedingungen des gewünschten Vertrags.

§ 5 Was kostet der vorläufige Versicherungsschutz?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir grundsätzlich keinen Beitrag. Leisten wir aber aufgrund des vorläufigen Versicherungsschutzes, behalten wir

- bei Verträgen gegen laufende Beiträge den Beitrag für das erste Versicherungsjahr und
- bei Verträgen gegen Einmalbeitrag den Einmalbeitrag

des gewünschten Vertrags ein.

Wenn die Höhe unserer Leistungen nach § 1 Absätze 2 und 3 begrenzt ist, gilt: Wir berechnen den Beitrag auf Basis des Versicherungsschutzes in Höhe des dort festgelegten Höchstbetrags.

§ 6 Wie ist das Verhältnis zum gewünschten Vertrag?

Wenn in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, wenden wir

- die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und
- die Besonderen Bedingungen sowie
- die weiteren Vertragsbestimmungen

des gewünschten Vertrags an. Dies gilt insbesondere für Einschränkungen und Ausschlüsse.

§ 7 Wer erhält die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz?

Wenn Sie in Ihrem Antrag oder Ihrer Anfrage eine dritte Person als Bezugsberechtigten angegeben haben, gilt: Diese ist auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz anspruchsberechtigt.