



# Allgemeine Bedingungen für den NÜRNBERGER ErnstfallSchutz nach Tarif NES2900C (GN291060\_201802)

## Inhaltsverzeichnis

### Einführung

### Begriffsbestimmungen

### Leistung

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir für die versicherte Person?
- § 2 Welche Leistungen erbringen wir für mitversicherte Kinder?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person bzw. des mitversicherten Kindes?
- § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 8 Welche besonderen Verpflichtungen und Regelungen bestehen für Raucher?
- § 9 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und was gilt bei einer Pflichtverletzung?
- § 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 11 Wer erhält die Leistung?

### Beitrag

- § 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 13 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 14 Was gilt für Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen?

### Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

- § 15 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 16 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?
- § 17 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

### Kosten

- § 18 Welche Kosten werden mit Ihrem Beitrag verrechnet?
- § 19 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

### Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und/oder Ihres Namens?
- § 21 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 23 Wo ist der Gerichtsstand?

### Anlage SEL: Versicherte schwere Erkrankungen und sonstige Leistungsauslöser

## Einführung

Die Ihnen im Rahmen des Vertragsabschlusses zur Verfügung gestellten Unterlagen bestehen aus mehreren Teilen:

- Mit dem Produktinformationsblatt erhalten Sie einen komprimierten Überblick über Ihre Versicherung.
- Im Versicherungsschein befinden sich die Allgemeinen Vertragsdaten. Dort finden Sie die tarifspezifischen Details sowie Hinweise zur Fälligkeit der Beiträge und zum Widerrufsrecht. Hinzu kommen Informationen zu den garantierten prämienfreien Versicherungssummen, gefolgt von weiteren Informationen, die im Rahmen der im Versicherungsvertragsgesetz (VVG) geregelten Informationspflichten stehen.
- Ein wichtiger Teil des Vertrags sind die Versicherungsbedingungen. Die Allgemeinen Bedingungen für den NÜRNBERGER ErnstfallSchutz bezeichnen wir als AVB. Die AVB enthalten die Regelungen, die nach dem Tarif NES2900C für das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und uns gelten. Bitte lesen Sie unbedingt auch die Anlage SEL, in der die versicherten schweren Erkrankungen und die sonstigen Leistungsauslöser detailliert beschrieben sind, sowie alle weiteren Bedingungen. In den AVB werden die vertragsrechtlichen Leistungen beschrieben, nicht aber, ob und inwieweit wir aufgrund steuerrechtlicher Regelungen Beiträge einbehalten müssen. Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihres Vertrags finden Sie in den Steuerrechtlichen Hinweisen. Sofern Sie eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit eingeschlossen haben, finden Sie die dazugehörigen Regelungen in den entsprechenden Besonderen Bedingungen zur Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

## Begriffsbestimmungen

**AVB:** Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.

**Erste Diagnose:** Maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls ist die erste Diagnose der schweren Erkrankung. Die erste Diagnose muss während der Versicherungsdauer erfolgt sein. Erste Diagnose ist jede erstmalige Diagnose eines medizinischen Dienstleisters (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt). Der Versicherungsfall ist uns nach Kenntniserlangung von der ersten Diagnose unverzüglich anzuzeigen, auch wenn die weiteren Leistungsvoraussetzungen wie z. B. das fachärztliche Attest oder das Vorliegen von Einschränkungen über eine bestimmte Dauer noch nicht gegeben sind.

**Karenzzeit:** Der Anspruch auf die Versicherungsleistung bei schwerer Erkrankung erfordert neben dem Eintritt des Versicherungsfalls das 14-tägige Überleben aller Leistungsvoraussetzungen.

**Leistungsauslöser:** Die im Tarif NES2900C versicherten Leistungsauslöser sind in der Anlage SEL näher beschrieben. Es handelt sich zum Teil um schwere Erkrankungen, zum Teil um sonstige Leistungsauslöser wie z. B. Operationen, Infektionen oder Pflegebedürftigkeit.

**LPartG:** Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft

**Mitversichertes Kind:** Kinder im Sinne der Mitversicherung (§ 2) sind leibliche und adoptierte Kinder der versicherten Person sowie die im Haushalt der versicherten Person lebenden Stiefkinder der versicherten Person. Hinsichtlich der Mitversicherungsleistung für schwere Erkrankungen besteht ein unwiderrufliches Bezugsrecht zugunsten des jeweiligen mitversicherten Kindes.

**Nachversicherungsgarantie:** Bei bestimmten Ereignissen wie z. B. Heirat, Scheidung oder Einkommenssteigerung mit Karrieresprung haben Sie unter bestimmten weiteren Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 14 Absatz 6.

**NÜRNBERGER Plus:** Haben Sie mit uns planmäßige Erhöhungen von Leistung und Beitrag vereinbart (NÜRNBERGER Plus), beachten Sie bitte § 14 Absatz 1 - 5.

**Prämienfrei umgewandelte Versicherung:** Hierunter versteht man eine Versicherung, die ursprünglich gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen wurde und sodann umgewandelt worden ist. Der Versicherungsvertrag bleibt durch die Umwandlung als solcher bestehen, wird jedoch dahingehend umgestaltet, dass die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt und sich unsere Leistungspflicht reduziert. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung der Prämienfreistellung, ob Ihrem Interesse nicht durch eine der in § 15 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann.

**Teilsomme:** Bei 4 häufig vorkommenden schweren Erkrankungen, nämlich invasiv wachsendem Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Multipler Sklerose, besteht die Möglichkeit, unter den in der Anlage SEL jeweils genannten erleichterten Voraussetzungen eine Teilsomme (50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR) abzurufen, obwohl der eigentliche Versicherungsfall (noch) nicht vorliegt. Im Rahmen der Mitversicherung (§ 2) besteht kein Versicherungsschutz für Teilsommen.

**Todesfallsumme:** Sie bestimmt die Höhe des Versicherungsschutzes für unsere Leistungen bei Tod der versicherten Person. Sie ist von der Versicherungssumme zu unterscheiden.

**VAG:** Versicherungsaufsichtsgesetz

**Versicherte Person:** Das ist die Person, auf deren Leben und Gesundheitszustand die Versicherung abgeschlossen ist. Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer, sprechen wir Sie in den Bedingungen und anhängenden Textteilen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

**Versicherungsfall:** Dies bezeichnet die erste Diagnose einer schweren Erkrankung im Sinne der Anlage SEL. Bei Tod sprechen wir von Todesfall.

**Versicherungsjahr:** Damit ist der Zeitraum eines Jahres umfasst, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags 12 Uhr, der dem Datum des in den Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten "Ablauf der Versicherung" entspricht.

**Versicherungsmonat:** Dieser dauert jeweils von einem Monatsersten, mittags 12 Uhr, bis zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr.

**Versicherungsnehmer:** Das ist die natürliche oder juristische Person bzw. rechtsfähige Personengesellschaft, die die Versicherung beantragt hat und unser Vertragspartner wird. Er wird als solcher in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins genannt.



**Versicherungsperiode:** Diese entspricht bei laufender Beitragszahlung dem Zeitraum zwischen 2 Beitragsfälligkeiten, beginnend und endend jeweils mittags 12 Uhr. Die Versicherungsperiode kann je nach vertraglich vereinbarter Beitragszahlweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Die vereinbarte Beitragszahlweise ist in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins abgedruckt. Bei einer prämienfreien Versicherung entspricht eine Versicherungsperiode einem Versicherungsmonat.

**Versicherungssumme:** Sie bestimmt die Höhe des Versicherungsschutzes für unsere Leistungen bei einer schweren Erkrankung der versicherten Person. Um die Bedingungen verständlicher zu machen, sprechen wir manchmal klarstellend auch von "voller Versicherungssumme". Sie ist von der Teilsumme sowie von der Todesfallsumme zu unterscheiden. Die Zahlung und Anrechnung einer Teilleistung auf die volle Versicherungsleistung führt nicht dazu, dass Sie insgesamt weniger oder mehr als die Versicherungssumme erhalten.

**VVG:** Versicherungsvertragsgesetz

**Wartezeiten:** Im Rahmen des Versicherungsschutzes (§ 1) besteht nur bei 3 Erkrankungen/Leistungsauslösern eine Wartezeit (vgl. § 1 Absatz 4). Diese beträgt bei einem "invasiv wachsenden Krebs" (Anlage SEL - Ziff. I.2.) 6 Monate sowie bei einer "Angioplastie" (Anlage SEL - Ziff. II.3.) und bei einer "Bypass-Operation" (Anlage SEL - Ziff. II.4.) jeweils 3 Monate.

Im Rahmen der Mitversicherung von Kindern (§ 2) besteht eine Wartezeit von 6 Monaten. Diese Wartezeit kommt dann nicht zum Tragen, wenn ein leibliches Kind erst später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird, denn die Wartezeit beginnt bei leiblichen Kindern bereits mit Versicherungsbeginn. Die 6-monatige Wartezeit kommt bei der Mitversicherung von leiblichen Kindern also allenfalls dann ganz oder teilweise zum Tragen, wenn das leibliche Kind zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bereits geboren war oder wenn es innerhalb der Wartezeit geboren wird. Für Stiefkinder und adoptierte Kinder kann ein abweichender Beginn der Wartezeit gelten (vgl. § 2 Absatz 6).

## Leistung

### § 1 Welche Leistungen erbringen wir für die versicherte Person?

#### Unsere Leistung bei Tod

(1) Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer und ab der Vollendung ihres 7. Lebensjahrs, zahlen wir die Todesfallsumme und der Vertrag endet mit dem Tod. Die Todesfallsumme können Sie den Allgemeinen Vertragsdaten entnehmen.

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer und vor der Vollendung ihres 7. Lebensjahrs, zahlen wir die Todesfallsumme, maximal jedoch einen Betrag in Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten im Sinne von § 150 Absätze 3 und 4 VVG (Stand 2016: 8.000,00 EUR), und der Vertrag endet mit dem Tod.

(a) Der Todesfallschutz besteht weltweit.

(b) Eine Wartezeit besteht nicht.

(c) Eine erbrachte Teilleistung (Absatz 6) wird von der Todesfallleistung abgezogen und nur noch der Differenzbetrag gezahlt, bei beitragspflichtigen Versicherungen mindestens jedoch 2.000,00 EUR und bei prämienfrei umgewandelten Versicherungen 10 % der aktuellen Todesfallsumme, mindestens 10,00 EUR und höchstens 1.000,00 EUR. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und die Todesfallleistung auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten begrenzt war.

#### Unsere vorgezogene Todesfallleistung

(2) Liegt keine schwere Erkrankung im Sinne von Absatz 3 in Verbindung mit der Anlage SEL vor und beträgt die Restlebenserwartung der versicherten Person aufgrund einer Verletzung oder einer fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Erkrankung weniger als 12 Monate, wird die Todesfallleistung auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits vor dem Tod der versicherten Person ausgezahlt. Die Restlebenserwartung # sowie die Verletzung bzw. die fortgeschrittene oder rasch fortschreitende unheilbare Erkrankung müssen durch 2 voneinander unabhängig praktizierende Fachärzte mit entsprechender Qualifikation attestiert werden.

(a) Der Versicherungsfall "vorgezogene Todesfallleistung" tritt zu dem Zeitpunkt ein, in dem wir die beiden Facharztatteste erhalten. Der Vertrag endet dann und es besteht insbesondere kein Versicherungsschutz mehr für schwere Erkrankungen. Wir sind befugt, das Vorliegen der Voraussetzungen unabhängig von den Attesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vgl. § 9 Absatz 3 Unterabsatz 2).

(b) Hat die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, in dem wir die beiden Facharztatteste erhalten, ihr 7. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist die vorgezogene Todesfallleistung entsprechend Absatz 1 begrenzt auf einen Betrag in Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten im Sinne von § 150 Absätze 3 und 4 VVG (Stand 2016: 8.000,00 EUR).

(c) Eine erbrachte Teilleistung (Absatz 6) wird von der vorgezogenen Todesfallleistung abgezogen und nur noch der Differenzbetrag gezahlt, bei beitragspflichtigen Versicherungen mindestens jedoch 2.000,00 EUR und bei prämienfrei umgewandelten Versicherungen 10 % der aktuellen Todesfallsumme, mindestens 10,00 EUR und höchstens 1.000,00 EUR. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und die vorgezogene Todesfallleistung auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten begrenzt war.

(d) Sofern Sie keine anderweitige Bezugsrechtsverfügung getroffen haben, gilt für die vorgezogene Todesfallleistung die von Ihnen gegebenenfalls getroffene Bezugsrechtsverfügung "solange die versicherte Person lebt". Wird uns dagegen vor der tatsächlichen Auszahlung angezeigt, dass die versicherte Person zwischenzeitlich verstorben ist, handelt es sich bei der Auszahlung um die eigentliche Todesfallleistung und es gilt die von Ihnen gegebenenfalls getroffene Bezugsrechtsverfügung "nach Ableben der versicherten Person bzw. nach deren Tod".

#### Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung

(3) Versicherungsfall ist die erste Diagnose des Eintritts einer schweren Erkrankung der versicherten Person im Sinne der Anlage SEL durch einen medizinischen Dienstleister (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt) während der Versicherungsdauer.

Die erste Diagnose ist maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles. Die Kenntnis der ersten Diagnose verpflichtet zur unverzüglichen Anzeige des Versicherungsfalles (vgl. § 9 Absätze 1 und 2), auch wenn die übrigen Leistungsvoraussetzungen noch nicht gegeben sind. Würde die erste Diagnose vor dem Versicherungsbeginn gestellt, besteht kein Versicherungsschutz. Die in den Leistungsvoraussetzungen der jeweiligen Erkrankung (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Voraussetzungen sowie die fachärztliche Feststellung sind nicht notwendiger Bestandteil der ersten Diagnose und damit weder maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles noch für die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige des Versicherungsfalles.

(a) Karenzzeit: Es besteht eine Karenzzeit von 14 Tagen: Der Anspruch auf Leistung entsteht, wenn die versicherte Person einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen seit dem Eintritt aller in der Anlage SEL genannten Leistungsvoraussetzungen überlebt. Im Fall des Überlebens zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme.

Maßgeblich ist das 14-tägige Überleben aller notwendigen Leistungsvoraussetzungen, wie nachfolgend unter (c) beschrieben. Überlebt die versicherte Person den Eintritt der Leistungsvoraussetzungen um 14 Tage, aber kann der Facharzt sein Attest erst danach ausstellen, ist der Anspruch trotzdem entstanden und es wird dann nicht die Todesfallsumme, sondern die Versicherungssumme für schwere Erkrankungen ausgezahlt.

(b) Leistungshöhe: Eine eventuell erbrachte Teilleistung (vgl. Absatz 6) wird von der Leistung bei schwerer Erkrankung abgezogen und nur noch der Differenzbetrag gezahlt.

(c) Leistungsvoraussetzungen: Voraussetzung eines Zahlungsanspruchs ist, dass neben der ersten Diagnose auch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Diese Voraussetzungen sind durch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten Fachärzte zu attestieren. Wir sind befugt, die Diagnose und die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharztattesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vergleiche § 9 Absatz 3 Unterabsatz 2).

#### Wartezeiten für den Versicherungsfall

(4) Nur bei 3 Erkrankungen/Leistungsauslösern besteht eine Wartezeit. Sie beträgt für einen "invasiv wachsenden Krebs" (Anlage SEL - Ziff. I.2.) 6 Monate, für eine "Angioplastie" (Anlage SEL - Ziff. II.3.) 3 Monate und für eine "Bypass-Operation" (Anlage SEL - Ziff. II.4.) 3 Monate.

(a) Die Wartezeit beginnt an dem in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Versicherungsbeginn (mittags 12 Uhr) zu laufen. Tritt bei einer der 3 vorgenannten Erkrankungen/Leistungsauslöser der Versicherungsfall während der Wartezeit ein, besteht für diesen kein Versicherungsschutz.

(b) Erfolgt während der Vertragslaufzeit eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungssumme, gelten bezüglich des erhöhten Teils entsprechende Wartezeiten, die mit dem im Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnen. Dies gilt insbesondere auch für Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie laut § 14 Absatz 6.

(c) Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen nach § 14 Absatz 1 - 5 (NÜRNBERGER Plus) bestehen keine Wartezeiten. Werden solche planmäßigen Erhöhungen hingegen erst nachträglich während der Vertragslaufzeit vereinbart, bestehen einmalig ab der Hinzunahme des Bausteins NÜRNBERGER Plus entsprechende Wartezeiten, die mit dem im entsprechenden Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnen.



(d) Im Fall einer Wiederinkraftsetzung eines länger als 6 Monate prämienvfrei umgewandelten Vertrags (§ 17) gelten erneut entsprechende Wartezeiten. Sie beginnen mit dem Änderungstermin (mittags 12 Uhr), der in dem die Wiederinkraftsetzung dokumentierenden Nachtrag genannt ist. Bitte prüfen Sie auch deshalb, ob nicht eine der in § 15 Absatz 1 - 2 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.

### **Keine zweite Versicherungssumme.**

(5) Die volle Versicherungssumme aufgrund einer schweren Erkrankung der versicherten Person wird im Tarif NES2900C auch bei (gleichzeitigem) Eintritt mehrerer Erkrankungen insgesamt nur einmal erbracht. Danach endet der Vertrag.

### **Unsere Teilleistung bei relativ häufig auftretenden schweren Erkrankungen**

(6) Bei einem invasiv wachsenden Krebs, einem Herzinfarkt, einem Schlaganfall oder einer Multiplen Sklerose können Sie einen Teil der Versicherungssumme abrufen, obwohl neben der ersten Diagnose nicht alle für die volle Versicherungssumme maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Absätze 3 und 4 gelten entsprechend und mit der Maßgabe, dass anstatt der in der Anlage SEL Ziff. I.2., II.8., II.12. und IV.26. genannten Leistungsvoraussetzungen für die volle Versicherungssumme nur die dort genannten, weniger gewichtigen Leistungsvoraussetzungen für die Teilsumme gegeben sein müssen.

(a) Die Teilsumme beträgt 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR, und ist in den Allgemeinen Vertragsdaten beziffert ausgewiesen.

(b) Eine Teilleistung wird bei späterem Tod auf die Todesfallleistung angerechnet, bei einem späteren Versicherungsfall auf die Versicherungssumme.

(c) Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer Teilsumme nicht beendet, sondern fortgeführt, jedoch ohne Versicherungsschutz für weitere Teilsummen. Es kann insgesamt nur einmal eine Teilsumme beansprucht werden, auch bei (gleichzeitigem) Eintritt mehrerer Erkrankungen.

### **Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung**

(7) Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 3).

### **Geltungsbereich**

(8) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

## **§ 2 Welche Leistungen erbringen wir für mitversicherte Kinder?**

### **Mitversicherte Kinder und Mitversicherungsdauer**

(1) Kinder im Sinne dieser Mitversicherung sind leibliche und adoptierte Kinder der versicherten Person sowie im Haushalt der versicherten Person lebende Stiefkinder der versicherten Person (Kinder des Ehepartners bzw. des Lebenspartners im Sinne des LPartG).

Kinder sind jeweils ab der Geburt bis zu ihrem 18. Geburtstag automatisch mitversichert, frühestens ab Versicherungsbeginn und längstens bis zur Vertragsbeendigung. Bei adoptierten Kindern und Stiefkindern beginnt der Mitversicherungsschutz frühestens ab dem spätesten der folgenden Ereignisse:

- Adoption des Kindes;
- Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person;
- Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt der versicherten Person.

### **Unsere Leistung bei Tod eines mitversicherten Kindes**

(2) Stirbt ein mitversichertes Kind während der Mitversicherungsdauer, zahlen wir 50 % der aktuellen Todesfallsumme für die versicherte Person, maximal jedoch 5.000,00 EUR. Eine vorherige Teilleistung für die versicherte Person im Sinne des § 1 Absatz 6 mindert diese Todesfallleistung für das mitversicherte Kind nicht.

(a) Der Todesfallschutz besteht weltweit.

(b) Wird eine Todesfallleistung für ein mitversichertes Kind erbracht, endet der Mitversicherungsschutz für dieses Kind. Sofern Sie keine anderweitige Bezugsrechtsverfügung getroffen haben, gilt die von Ihnen gegebenenfalls getroffene Bezugsrechtsverfügung "solange die versicherte Person lebt".

(c) Eventuelle weitere Kinder bleiben mitversichert.

(d) Die Summe der Todesfallleistungen für alle mitversicherten Kinder ist auf 50 % der für die versicherte Person aktuellen Todesfallsumme beschränkt.

(e) Eine vorgezogene Todesfallleistung für Kinder ist nicht mitversichert.

(f) Sterben ein mitversichertes Kind und die versicherte Person gleichzeitig oder kann nicht geklärt werden, ob die versicherte Person bereits vor dem Kind verstorben ist oder umgekehrt, besteht nur Versicherungsschutz für die versicherte Person und kein Mitversicherungsschutz für das Kind.

### **Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung eines mitversicherten Kindes**

(3) Mitversicherungsfall ist die erste Diagnose des Eintritts einer schweren Erkrankung des mitversicherten Kindes im Sinne der Anlage SEL durch einen medizinischen Dienstleister (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt) während der Mitversicherungsdauer. Die erste Diagnose ist maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Mitversicherungsfalls. Die Kenntnis der ersten Diagnose verpflichtet zur unverzüglichen Anzeige (vgl. § 9 Absätze 1 und 2), auch wenn die übrigen Leistungsvoraussetzungen noch nicht gegeben sind. Würde die erste Diagnose vor dem Mitversicherungsbeginn oder vor der Geburt des mitversicherten Kindes gestellt, besteht kein Versicherungsschutz. Die in den Leistungsvoraussetzungen der jeweiligen Erkrankung (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Voraussetzungen sowie die fachärztliche Feststellung sind nicht notwendiger Bestandteil der ersten Diagnose und damit weder maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Mitversicherungsfalls noch für die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige des Mitversicherungsfalls.

(a) Mitversichert sind 50 % der Versicherungssumme für die versicherte Person, maximal jedoch 35.000,00 EUR. Eine vorherige Teilleistung (§ 1 Absatz 6) für die versicherte Person mindert diese Mitversicherungsleistung nicht. Die Summe aller aufgrund schwerer Erkrankungen erbrachten Leistungen für alle mitversicherten Kinder beträgt maximal 50 % der für die versicherte Person aktuellen Versicherungssumme.

(b) Karenzzeit: Es besteht eine Karenzzeit von 14 Tagen. Der Anspruch auf Leistung entsteht, wenn das mitversicherte Kind einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen seit dem Eintritt aller in der Anlage SEL genannten Leistungsvoraussetzungen überlebt. Im Fall des Überlebens zahlen wir die vereinbarte Mitversicherungsleistung und der Mitversicherungsschutz für dieses Kind endet mit dem Ablauf der Karenzzeit.

Maßgeblich ist das 14-tägige Überleben aller notwendigen Leistungsvoraussetzungen, wie nachfolgend unter (c) beschrieben. Überlebt das mitversicherte Kind den Eintritt der Leistungsvoraussetzungen um 14 Tage, aber kann der Facharzt sein Attest erst danach ausstellen, ist der Anspruch trotzdem entstanden und es wird nicht die mitversicherte Todesfallsumme, sondern die für das Kind mitversicherte Versicherungssumme für schwere Erkrankungen ausgezahlt.

(c) Leistungsvoraussetzungen: Voraussetzung eines Zahlungsanspruchs ist, dass neben der ersten Diagnose auch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Diese Voraussetzungen sind durch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten Fachärzte zu attestieren. Wir sind befugt, die Diagnose und die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharztattesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vergleiche § 9 Absatz 3 Unterabsatz 2).

(d) Unwiderruflich bezugsberechtigt für die Mitversicherungsleistung ist das erkrankte mitversicherte Kind.

(e) Die Leistung wird auch bei (gleichzeitigem) Eintritt mehrerer Erkrankungen des gleichen mitversicherten Kindes nur einmal erbracht. Eventuelle weitere Kinder bleiben mitversichert.

(f) Ist sowohl bei einem mitversicherten Kind als auch bei der versicherten Person die erste Diagnose einer Erkrankung im Sinne der Anlage SEL gestellt worden und damit jeweils der Versicherungsfall eingetreten, ist für unsere Leistungspflicht entscheidend, ob das mitversicherte Kind zuerst den Ablauf der Karenzzeit überlebt oder nicht. Überlebt zuerst das mitversicherte Kind seine Karenzzeit, zahlen wir die Mitversicherungssumme für das Kind, der Vertrag läuft weiter und nur der Mitversicherungsschutz für dieses Kind endet mit dem Ablauf der Karenzzeit. Überlebt zuerst die versicherte Person die für sie geltende Karenzzeit oder stirbt die versicherte Person vor Ablauf der für das Kind geltenden Karenzzeit, endet der gesamte Vertrag und damit auch der Mitversicherungsschutz. Wir zahlen dann nur die Versicherungsleistung bzw. die Todesfallleistung für die versicherte Person und keine Mitversicherungsschutzleistung für das Kind.

### **Keine Teilsumme/vorgezogene Todesfallleistung**

(4) Der Mitversicherungsschutz für Kinder umfasst keine Teilsummen und keine vorgezogene Todesfallleistung.

### **Wartezeiten**

(5) Für unsere Leistung bei Tod des mitversicherten Kindes sowie für unsere Leistung bei schwerer Erkrankung des Kindes besteht eine Wartezeit von jeweils 6 Monaten. Tritt der Mitversicherungsfall während der Wartezeit ein, besteht für ihn kein Versicherungsschutz.

(a) Nicht maßgeblich für den Beginn der Wartezeit ist der Zeitpunkt der Geburt des Kindes. Die Wartezeit beginnt vielmehr an dem in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Versicherungsbeginn (mittags 12 Uhr) zu laufen oder bei adoptierten Kindern und Stiefkindern - falls später - zum Zeitpunkt des spätesten der folgenden Ereignisse:

- Adoption des Kindes;
- Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person;
- Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt der versicherten Person.



Bei leiblichen Kindern kommt die Wartezeit deshalb überhaupt nicht mehr zum Tragen, wenn das leibliche Kind später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird.

(b) Erfolgt während der Vertragslaufzeit eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungssumme, gilt bezüglich des erhöhten Teils eine entsprechende Wartezeit, die mit dem im Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnt. Dies gilt insbesondere auch für Erhöhungen laut § 14 Absatz 6 im Rahmen der Nachversicherungsgarantie.

(c) Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen nach § 14 Absatz 1 - 5 (NÜRNBERGER Plus) besteht keine Wartezeit. Werden solche planmäßigen Erhöhungen hingegen erst nachträglich während der Vertragslaufzeit vereinbart, besteht einmalig ab der Hinzunahme des Bausteins NÜRNBERGER Plus eine entsprechende Wartezeit, die mit dem im entsprechenden Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnt.

(d) Im Fall einer Wiederinkraftsetzung eines länger als 6 Monate prämienerfrei umgewandelten Vertrags (§ 17) gilt erneut eine entsprechende Wartezeit. Sie beginnt mit dem Änderungstermin (mittags 12 Uhr), der in dem die Wiederinkraftsetzung dokumentierenden Nachtrag genannt ist. Bitte prüfen Sie auch deshalb, ob nicht eine der in § 15 Absatz 1 - 2 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.

### **Mehrfacher (Mit-)Versicherungsschutz eines Kindes**

(6) Ist ein Kind bei uns mehrfach (mit-)versichert, besteht für dieses Kind insgesamt nur Versicherungsschutz für Tod und schwere Erkrankungen in Höhe des höchsten der Verträge. Dies gilt auch dann, wenn dieser höchste Vertrag die für Kinder zulässigen Höchstsummen (Tod: 5.000,00 EUR; schwere Erkrankung: 35.000,00 EUR) nicht ausschöpft.

(a) Die Leistung bei schwerer Erkrankung erhält das mitversicherte Kind aufgrund des unwiderruflichen Bezugsrechts.

(b) Die Todesfallleistung wird zugunsten des Vertrags ausgezahlt, zu dem uns der Todesfall zuerst in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) gemeldet wird. Danach sind wir allenfalls noch zur Zahlung der Differenz bis zur höheren Todesfallsumme des mitversicherten Kindes verpflichtet.

(c) Die aus mehreren Verträgen Ansprüche erhebenden Berechtigten haben einen Ausgleich nach § 430 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) gegebenenfalls untereinander zu besorgen.

### **§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?**

(1) Die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit erhalten nach § 153 VVG eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

### **(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?**

Dazu erklären wir Ihnen,

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

(a) Überschüsse können aus 3 verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

### **(aa) Kapitalerträge**

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

### **(bb) Risikoergebnis**

In der Risikoversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Leistungsfälle ab. Überschüsse entstehen dann, wenn das Risiko für den Eintritt eines Leistungsfalls niedriger ist als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistungen als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

### **(cc) Übriges Ergebnis**

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

(b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 VAG abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.)

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir monatlich neu. Ein Anspruch auf Bewertungsreserven entsteht nur dann, wenn Verbindlichkeiten gegenüber dem Versicherungsnehmer (bei verzinslicher Ansammlung von Überschussguthaben) bestehen.

### **(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?**

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikoversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.



Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass der Bestandsgruppe Überschüsse zugewiesen werden. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahrs finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteile legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

(b) Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, hat Ihr Vertrag Anspruch auf Bewertungsreserven. Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versicherungsbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor. Die Bewertungsreserven werden zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vgl. Absatz 5 Buchstabe c). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahr ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

#### **(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?**

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten und die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro sein. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten. Außerdem können Sie von uns jederzeit eine Mitteilung über die aktuelle Höhe Ihrer Überschüsse anfordern.

#### **(5) Es gibt nachstehende Überschüsse, die wir für Sie folgendermaßen verwenden:**

(a) Für beitragspflichtige Versicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden für den Teil des Versicherungsjahrs, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und entsprechend Ihrer Wahl nach einer der 3 folgenden Varianten verwendet:

- verzinsliche Ansammlung bis zum Vertragsende;
- Verrechnung mit den Beiträgen (Beitragsabzug);
- Anlage in einem Investmentfonds bzw. Fondsdepot (Invest-Bonus; weitere Einzelheiten dazu ggf. in den Besonderen Bedingungen für den Invest-Bonus).

(b) Prämienfreie Versicherungen erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs laufende Überschussanteile in Prozent des zum Ende des Versicherungsjahrs vorhandenen Deckungskapitals. Diese werden entsprechend Ihrer Wahl nach einer der beiden folgenden Varianten verwendet:

- verzinsliche Ansammlung bis zum Vertragsende;
- Anlage in einem Investmentfonds bzw. Fondsdepot (Invest-Bonus; weitere Einzelheiten dazu ggf. in den Besonderen Bedingungen für den Invest-Bonus).

(c) Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, hat Ihr Vertrag nach Absatz 3 Buchstabe b Anspruch auf Bewertungsreserven. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung fällig (siehe Buchstabe d).

(d) Bei Vertragsbeendigung wird bei der Überschussverwendung Beitragsabzug nichts aus der Überschussbeteiligung ausgezahlt. Verzinslich angesammelte Überschussanteile werden ausgezahlt. Bei Invest-Bonus wird der Zeitwert der Fondsanteile ausgezahlt. Zusätzlich wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahrs für den Teil des Versicherungsjahrs, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgebracht. Bei prämienfreien Versicherungen wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahrs anteilig bis zum Abrechnungstermin der prämienfreien Versicherung ausgezahlt.

(6) Aufgrund eines ungünstigen Risikoverlaufs kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

#### **§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?**

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben.

Der Mitversicherungsschutz für Kinder im Sinne von § 2 beginnt mit Versicherungsbeginn oder - wenn später - ab dem spätesten der folgenden Ereignisse:

- Geburt des Kindes;
- Adoption des Kindes;
- Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person;
- Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt der versicherten Person.

Jedoch bestehen vor dem in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz und kein Mitversicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 12 Absätze 2 und 3 sowie § 13).

(2) Bei einem "invasiv wachsenden Krebs" (Anlage SEL - Ziff. I.2.), einer "Angioplastie" (Anlage SEL - Ziff. II.3.) und einer "Bypass-Operation" (Anlage SEL - Ziff. II.4.) beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der jeweiligen Wartezeit (vgl. § 1 Absatz 4). Im Rahmen der Mitversicherung von Kindern (§ 2) besteht eine Wartezeit von jeweils 6 Monaten. Jedoch ist für den Beginn der Wartezeit nicht die Geburt des Kindes, sondern der nach § 2 Absatz 5 entscheidende Zeitpunkt maßgeblich.

#### **§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

In der Anlage SEL wird in konkretem Bezug auf bestimmte Erkrankungen informativ auf bestimmte Ausschlüsse hingewiesen. Dies dient nur Ihrer besseren Information. Die folgenden Ausschlüsse werden dadurch weder geändert noch beschränkt.

##### **Ausschlüsse bei schwerer Erkrankung**

(1) Die folgenden Ausschlüsse gelten sowohl für die Versicherung (§ 1) als auch für die Mitversicherung (§ 2). Für mitversicherte Kinder gelten sie mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen jeweils nicht in der versicherten Person, sondern in der Person des mitversicherten Kindes erfüllt sein müssen.

Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

(a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten ist, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

(b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch Sie als Versicherungsnehmer, den insoweit Anspruchsberechtigten (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;

(c) durch absichtliche Herbeiführung einer der versicherten Erkrankungen oder eines anderen Leistungsauslösers, absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall, absichtliche (Selbst-)Verletzung, absichtliche (Selbst-)Vergiftung oder versuchte (Selbst-)Tötung, sei es durch Sie als Versicherungsnehmer, den insoweit Anspruchsberechtigten (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurden, werden wir leisten;

(d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder der insoweit Anspruchsberechtigte (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person vorsätzlich eine der versicherten schweren Erkrankungen oder einen sonstigen Leistungsauslöser herbeigeführt haben bzw. hat;

(e) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu ihrer Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;

(f) unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden, und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, sodass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird;

(g) unmittelbar oder mittelbar durch Alkoholkonsum, Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum der versicherten Person, es sei denn, die Einnahme der Medikamente war medizinisch notwendig.



#### Ausschlüsse bei Tod

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person oder eines mitversicherten Kindes gilt § 6.

(3) Die folgenden Ausschlüsse gelten sowohl für die Versicherung (§ 1) als auch für die Mitversicherung (§ 2). Für mitversicherte Kinder gelten sie mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen jeweils nicht in der versicherten Person, sondern in der Person des mitversicherten Kindes erfüllt sein müssen.

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Todesfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn die versicherte Person in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch in folgenden Fällen nicht:

(a) Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die versicherte Person während eines beruflich bedingten Aufenthalts im Ausland stirbt und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war.

(b) Ableben der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden, und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, sodass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Buchstabe (a) bleibt unberührt.

#### Zusätzlicher Ausschluss in der Mitversicherung

(4) Folgender Ausschluss gilt nur für die Mitversicherung (§ 2) zusätzlich: Wir leisten nicht, wenn der Mitversicherungsfall bzw. Todesfall mittelbar oder unmittelbar mit einer Gesundheitsstörung in ursächlichem Zusammenhang steht, die bereits vor der Geburt des mitversicherten Kindes erstmals diagnostiziert wurde, oder wenn dem Versicherungsnehmer, der versicherten Person bzw. dem anderen Elternteil, dem gesetzlichen Vormund des Kindes oder dem Anspruchsberechtigten (Todesfall-Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) die Gesundheitsstörung bekannt war oder bekannt sein musste. Maßgeblicher Zeitpunkt für die Kenntnis bzw. das Kennenmüssen ist der Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption der Zeitpunkt der Adoption bzw. bei Stiefkindern der Zeitpunkt der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft oder - falls später - der Zeitpunkt der Aufnahme des Kindes in den Haushalt der versicherten Person.

#### § 6 Was gilt bei Selbsttötung der versicherten Person bzw. des mitversicherten Kindes?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von 3 Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrags besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

(2) Absatz 1 gilt entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung. Die 3-Jahres-Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

#### § 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

##### Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

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

#### Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

#### Rücktritt

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

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt eines (Teil-)Versicherungsfalls bzw. des (vorgezogenen) Todesfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht bezogen auf jeden einzelnen Versicherungsfall bzw. den Todesfall unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls bzw. Todesfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

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

(7) Wird Ihr Versicherungsverhältnis durch Rücktritt aufgrund der Verletzung der Anzeigepflicht beendet, steht uns der Teil des Beitrags bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung zu.

#### Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf dieses Kündigungsrecht (§ 19 Absätze 3 und 4 VVG) verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

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

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 17 in eine prämienfreie Versicherung um.

#### Vertragsanpassung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auf dieses Anpassungsrecht verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsanpassung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsanpassung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsanpassung hinweisen.

#### Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

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



(16) Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung. Ist der Versicherungsfall bzw. Todesfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

### Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Wird Ihr Versicherungsverhältnis durch unsere Anfechtung beendet, steht uns der Teil des Beitrags bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung zu.

### Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrags

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen ist. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

### Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, gilt ein Bezugsberechtigter für die Erbensfallleistungen als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen, in Ermangelung eines solchen ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist in den Fällen des Satz 2 und 3 kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins (§ 10 Absatz 1) als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

## § 8 Welche besonderen Verpflichtungen und Regelungen bestehen für Raucher?

(1) Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Abgabe seiner Vertragserklärung Nikotin weder durch den Genuss von (elektrischen) Zigaretten, (elektrischen) Zigarren, (elektrischen) Zigarillos, (elektrischen) Pfeifen noch in anderer Form (z. B. Kautabak, Schnupftabak) aktiv zu sich genommen hat, gleichgültig in welcher Menge. Raucher ist, wer diese Voraussetzungen nicht erfüllt.

(2) Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung fragen wir in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auch danach, ob die versicherte Person Raucher oder Nichtraucher im Sinne von Absatz 1 ist. Hinsichtlich der sich hieraus ergebenden Anzeigepflicht und der Rechtsfolgen einer Verletzung gilt § 7. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Frage verpflichtet.

## § 9 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und was gilt bei einer Pflichtverletzung?

### Unverzügliche Anzeige des Versicherungsfalls bzw. Todesfalls

(1) Der Versicherungsnehmer hat uns den Eintritt eines Versicherungsfalls bzw. Todesfalls, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, unverzüglich anzuzeigen. Maßgeblich ist die Kenntnis des Todes der versicherten Person bzw. bei einer schweren Erkrankung die Kenntnis der ersten Diagnose (§ 1 Absatz 3 Satz 1, § 2 Absatz 3 Satz 1). Bei einer schweren Erkrankung haben Sie die Anzeige also unverzüglich zu erstatten, sobald Ihnen die erste Diagnose bekannt ist - und nicht erst, wenn die weiteren Leistungsvoraussetzungen wie z. B. die fachärztliche Attestierung oder das Bestehen von Einschränkungen über eine gewisse Dauer erfüllt sind. Steht das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zu (z. B. dem Bezugsberechtigten, Abtretungsgläubiger, Versicherten), ist auch der Dritte zur unverzüglichen Anzeige nach Kenntnis-erlangung verpflichtet.

Bei dem Versicherungsfall "vorgezogene Todesfallleistung" besteht keine Pflicht zur unverzüglichen Anzeige. Diese Leistung wird nur aufgrund eines frei gestellten Antrags erbracht.

(2) Wird die unverzügliche Anzeige vorsätzlich unterlassen, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässig unterlassener Anzeige sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Unsere Leistungspflicht bleibt aber dann bestehen, wenn wir auf andere Weise vom Eintritt des Versicherungsfalls bzw. Todesfalls rechtzeitig Kenntnis erlangt haben oder wenn Sie nachweisen, dass die Anzeige nicht grob fahrlässig unterlassen worden ist. Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

### Mitwirkungspflichten bei Tod und schwerer Erkrankung

(3) Im Folgenden erläutern wir Ihnen, welche Mitwirkungspflichten bei Tod (Absatz 4), bei Geltendmachung einer vorgezogenen Todesfallleistung (Absatz 5), bei Eintritt einer schweren Erkrankung (Absatz 6), bei Pflegebedürftigkeit (Absatz 7) und allgemein (Absatz 8) bestehen und dass Facharztatteste solche von Fachärzten aus bestimmten Ländern sein müssen (Absatz 9). Wir informieren Sie über weitere Mitwirkungspflichten bei der Geltendmachung von Leistungen für ein mitversichertes Kind (Absatz 10). Wir stellen Ihnen außerdem dar, welche Folgen eine Verletzung dieser Mitwirkungspflichten haben kann (Absätze 11 - 12).

Wir sind befugt, die Diagnose und die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharztattesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten zur Verfügung zu stellen. Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

#### (4) Tod:

Bei Tod sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein,
- eine amtliche Sterbeurkunde, die Alter und Geburtsort der versicherten Person bzw. des mitversicherten Kindes enthält,
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis in deutscher Sprache oder auf Kosten des Anspruchserhebenden in beglaubigter deutscher Übersetzung über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Erkrankung, die zum Tod geführt hat.

#### (5) Vorgezogene Todesfallleistung:

Bei Geltendmachung einer vorgezogenen Todesfallleistung sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein,
- eine Geburtsurkunde, die Namen und Geburtsort der versicherten Person enthält,
- Atteste zweier voneinander unabhängig praktizierender Fachärzte mit entsprechender Qualifikation unter ausführlicher Darstellung der Restlebenserwartung sowie der Verletzung bzw. der fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Erkrankung.

#### (6) Schwere Erkrankung:

Bei Eintritt einer schweren Erkrankung sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein,
- eine Geburtsurkunde, die Namen und Geburtsort der versicherten Person bzw. des mitversicherten Kindes enthält,
- ausführliches Facharztattest mit dem in der Anlage SEL näher beschriebenen Mindestumfang,
- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie das dem Bescheid zugrunde liegende Gutachten,
- gegebenenfalls der Nachweis der Aufnahme auf die Transplantations-Warteliste.

#### (7) Pflegebedürftigkeit:

Bei Pflegebedürftigkeit sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
- ausführliche Facharztberichte über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit,
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

(8) Die versicherte Person bzw. das mitversicherte Kind muss sich der bestmöglichen medizinisch notwendigen Therapie unterziehen, wenn und soweit der Eintritt des Versicherungsfalls und der weiteren Leistungsvoraussetzungen dadurch verhindert werden kann.



(9) Die Atteste nach Absatz 5 - 7 müssen von einem approbierten Facharzt aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union stammen. Unter der Voraussetzung, dass es sich um ein praktizierendes Mitglied der dort ansässigen Ärztekammer handelt, ist auch ein Attest eines approbierten Facharztes aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet aus Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, der Schweiz oder den USA ausreichend.

Alle Atteste sind in deutscher Sprache oder auf Kosten des Anspruchserhebenden in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

(10) Bei der Geltendmachung von Leistungen aus der Mitversicherung sind folgende Informationen mitzuteilen und auf unsere Anforderung hin gegebenenfalls nachzuweisen:

- Anzahl der Kinder (leiblich, Stiefkind, adoptiert) und jeweiliger Name, Geburtstag und -ort (Geburtsurkunden),
- Zeitpunkt der Adoption (Adoptionsurkunde),
- Zeitpunkt der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft (Heiratsurkunde),
- Zeitpunkt der Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt (Meldebescheinigung),
- Bestehen anderer Verträge mit Mitversicherungsschutz zugunsten des mitversicherten Kindes.

(11) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. Todesfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in Absatz 3 - 10 genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies unter anderem zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit unter anderem dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird. Bitte erfüllen Sie die Mitwirkungspflichten deshalb zuvorderst in Ihrem eigenen Interesse.

(12) Wird eine der Mitwirkungspflichten nach Absatz 3 - 10 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

### Kündigung und Vertragsablauf

(13) Bei Kündigung oder Vertragsablauf im Zusammenhang mit der Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens sind einzuweisen:

- der Versicherungsschein,
- ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung.

### § 10 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber der Urkunde können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

### § 11 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie grundsätzlich bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie bzw. im Fall Ihres Todes an Ihre Erben. Bezüglich der Leistungen für schwere Erkrankungen von mitversicherten Kindern besteht kein solches Bestimmungsrecht; stattdessen besteht ein **unwiderrufliches** Bezugsrecht zugunsten des erkrankten mitversicherten Kindes.

#### Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Dies gilt nicht für die Mitversicherungsleistung (§ 2) bei Eintritt einer schweren Erkrankung des mitversicherten Kindes; insoweit ist das erkrankte mitversicherte Kind unwiderruflich selbst bezugsberechtigt.

(a) Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls bzw. Todesfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls bzw. Todesfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir mehrmals zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Zahlung ein eigener Versicherungsfall bzw. Todesfall ein.

(b) Sie können 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) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls bzw. Todesfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, wenn und soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

#### Anzeige und Form

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

## Beitrag

### § 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach der ursprünglichen Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen. (Falls Sie die Zahlweise Ihres Vertrags ändern möchten, bitten wir Folgendes zu beachten: Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlweise kalkuliert, sodass auch ein Zinseffekt berücksichtigt ist. Beispielsweise ist bei Umstellung von jährlicher auf monatliche Zahlweise der sich ergebende Monatsbeitrag höher als ein Zwölftel des Jahresbeitrags. Umgekehrt ist der Jahresbeitrag niedriger als 12 Monatsbeiträge.)

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu den in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins genannten Terminen fällig. Die Beiträge sind bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten; bei Vertragsbeendigung aufgrund Tod, vorgezogener Todesfallleistung oder Ablauf der Karenzzeit des vollen Versicherungsfalls nur bis zur nächsten Beitragsfälligkeit. Teilleistungen, oder der Ablauf der Karenzzeit eines Mitversicherungsfalles beenden hingegen nicht die Pflicht zur Beitragszahlung.

(3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

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

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

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

#### Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag 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.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls bzw. Todesfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

#### Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.





(4) Für einen Versicherungsfall bzw. Todesfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles bzw. Todesfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

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

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

### § 14 Was gilt für Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen?

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche Möglichkeiten Sie haben, um Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen.

- Dies ist durch planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus möglich, die Sie bei Vertragsbeginn und unter bestimmten Umständen auch noch während der Vertragsdauer vereinbaren können. Vergleichen Sie hierzu die Absätze 1 - 5.
- Bei bestimmten Ereignissen besteht die Möglichkeit zu außerplanmäßigen Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Vergleichen Sie hierzu Absatz 6.
- Wünschen Sie unabhängig von einem solchen Ereignis eine außerplanmäßige Erhöhung, prüfen wir gerne eine entsprechende Möglichkeit und nehmen dann eine erneute Gesundheitsprüfung vor. Vergleichen Sie hierzu Absatz 7.

#### Planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung (NÜRNBERGER Plus)

Haben Sie mit uns die Option NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Erhöhung betrifft die Versicherungssumme für schwere Erkrankungen, die Teilsomme, die Todesfallsumme sowie gegebenenfalls eine optional eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

#### Zeitpunkt und Dauer der planmäßigen Erhöhungen

(1) Beitrag und Versicherungsleistungen erhöhen sich jeweils zu Beginn des Versicherungsjahrs. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung.

Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistung erfolgt

- 4 Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer, spätestens zu dem Jahrestag des Versicherungsbegins, der dem 66. Geburtstag der versicherten Person unmittelbar vorausgeht, oder
- wenn die Versicherungssumme erstmals die in den Allgemeinen Vertragsdaten genannte Höchstsumme erreicht oder überschreitet oder
- zu dem Jahrestag des Versicherungsbegins, der dem Eintritt eines (Teil-)Versicherungsfalles im Sinne des § 1 Absatz 3 - 6 unmittelbar vorausgeht. Bei einem Mitversicherungsfalle bleibt jedoch Ihr Recht auf planmäßige Erhöhungen bestehen.

Bei Eintritt der in Absatz 4 genannten Ereignisse kann Ihr Recht auf planmäßige Erhöhungen auch vorher aussetzen oder enden.

Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin. Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus bestehen keine Wartezeiten. Werden die planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus erst nachträglich während der Vertragslaufzeit vereinbart, bestehen nur einmalig Wartezeiten entsprechend § 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5, die mit dem im entsprechenden Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnen.

#### Maßstab der Beitragserhöhung

(2) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich einer etwaigen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung erhöht sich um den mit Ihnen vereinbarten festen Prozentsatz, der zwischen 3 % und 5 % des erreichten Beitrags liegen kann.

#### Maßstab der Erhöhung der Versicherungssumme

(3) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif und die ursprünglichen Rechnungsgrundlagen (Zins, Tafel, Kosten) herangezogen werden. Die Todesfallsumme, die Teilsomme, die Versicherungssumme und eine eventuell eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung werden so erhöht, dass ihr ursprüngliches Verhältnis zueinander erhalten bleibt.

#### Wann werden Erhöhungen ausgesetzt bzw. erlischt Ihr Recht auf planmäßige Erhöhungen?

(4) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb eines Monats nach dem Erhöhungstermin zahlen.

Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung innerhalb eines Jahres, spätestens zeitgleich mit dem nächsten Erhöhungstermin nachholen.

Sollten Sie mehr als 2-mal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann dann allenfalls mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

Ist in Ihrer Versicherung der Zusatztarif B mit eingeschlossen, erlischt das Recht auf Erhöhungen, wenn die versicherte Person im Sinne dieses Zusatztarifs bedingungsgemäß berufsunfähig geworden ist. Hat die Berufsunfähigkeit höchstens 24 Monate bestanden, lebt das Recht auf Erhöhungen für den Vertrag nach der ersten Reaktivierung wieder auf.

Ist der Zusatztarif Bp eingeschlossen und die versicherte Person im Sinne dieses Zusatztarifs bedingungsgemäß berufsunfähig, werden die planmäßigen Erhöhungen für die Hauptversicherung jährlich beitragsfrei fortgeführt. Die Leistungssteigerung entspricht hierbei der Erhöhung des erreichten Jahresbeitrags der Hauptversicherung (unter Berücksichtigung eines Einzeltarifs mit monatlicher Zahlweise) um den in den Allgemeinen Vertragsdaten für diesen Fall genannten Prozentsatz. Die letzte beitragsfreie Erhöhung erfolgt nach Absatz 1 Unterabsatz 2, spätestens jedoch ein Jahr vor Ablauf der Versicherungsdauer von Zusatztarif Bp. Hat die Berufsunfähigkeit höchstens 24 Monate bestanden, lebt das Recht auf Erhöhungen für den Vertrag nach der ersten Reaktivierung wieder auf.

#### Geltung der Vereinbarung für die Erhöhungen

(5) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt weder die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (§ 7) noch die Höchstfrist für Leistungsfreiheit bei Selbsttötung (§ 8) erneut in Lauf.

#### Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

(6) Der Versicherungsnehmer hat bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 6 Monaten ab dem Ereignis die Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung um maximal 50 % der zuletzt geltenden Versicherungssumme zu erhöhen, höchstens aber auf eine Versicherungssumme von 100.000,00 EUR:

- Heirat bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft (LPartG);
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes;
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation, verbunden mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens;
- Einkommenserhöhung um mindestens 250,00 EUR brutto monatlich, die mit einem Karrieresprung (z. B. höhere Position in der Hierarchie eines Unternehmens) verbunden ist;
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- bei Selbstständigen und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Kosten des Versicherungsnehmers binnen 6 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatesersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen.



(a) Weitere Voraussetzungen der Erhöhung sind:

- Die versicherte Person hat das 46. Lebensjahr zum Erhöhungstermin noch nicht vollendet.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne des § 1 Absatz 3 - 6 eingetreten noch ein Leistungsantrag wegen schwerer Erkrankung gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Die gesamte Versicherungssumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen mit Absicherung von schweren Krankheiten (auch bei anderen Gesellschaften) darf das 7-Fache des Jahresbruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen; maßgeblich ist das durchschnittliche Jahresbruttoeinkommen in den letzten 3 vollen Kalenderjahren vor dem Jahr der Erhöhung.

(b) Absatz 3 und Absatz 5 gelten entsprechend. Es besteht kein Recht auf eine isolierte oder darüber hinausgehende Erhöhung der Todesfallsumme und/oder einer optional eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung.

(c) Bezüglich des erhöhten Teils gelten neue Wartezeiten entsprechend § 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5.

### **Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter Gesundheitsprüfung**

(7) Wünschen Sie unabhängig von einem Ereignis im Sinne des Absatzes 6 eine Erhöhung des Versicherungsschutzes, haben Sie hierauf keinen Rechtsanspruch. Wir werden Ihre Anfrage aber gerne prüfen. Es wird eine erneute Gesundheitsprüfung stattfinden.

## **Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung**

### **§ 15 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?**

#### **Entnahme der Beiträge aus etwaigem Überschussguthaben**

(1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, dass die Beiträge für die Versicherung aus dem Überschussguthaben entnommen und verrechnet werden, solange das Überschussguthaben hierfür ausreicht. Dies muss mit uns in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) vereinbart werden und kommt nur dann in Betracht, wenn Sie sich für die Überschussvariante der verzinslichen Ansammlung oder den Invest-Bonus entschieden haben, nicht hingegen bei Beitragsabzug. Das Überschussguthaben wird entsprechend gemindert. Die Entnahme und Verrechnung ist nicht mit neuen Wartezeiten (§ 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5) verbunden.

#### **Befristete Umwandlung mit automatischer Wiederinkraftsetzung**

(2) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, für maximal 12 Monate die Beitragszahlung auszusetzen. Dies muss mit uns in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) vereinbart werden und hat zur Voraussetzung, dass die herabgesetzte prämienfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000,00 EUR nicht unterschreitet.

Ihr Vertrag wird für 12 Monate befristet im Sinne des § 17 umgewandelt. In dieser Zeit besteht nur reduzierter Versicherungsschutz in Höhe der prämienfreien Versicherungsleistung. Nach 12 Monaten wird der volle Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und die Beitragspflichtigkeit ohne neue Wartezeiten (§ 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5) automatisch wieder in Kraft gesetzt. Sie können zudem jederzeit binnen der 12 Monate in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) beantragen, dass die Wiederinkraftsetzung bereits früher zum Beginn des nächsten Versicherungsmonats erfolgt. Die automatische Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach der Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich.

#### **Sonstige Möglichkeiten**

(3) Darüber hinaus werden wir Sie bei bestehenden Zahlungsschwierigkeiten auf Wunsch über weitere Möglichkeiten zum Erhalt des Versicherungsschutzes schriftlich informieren.

### **§ 16 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?**

#### **Kündigung**

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit - mittags 12 Uhr) kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zu erfolgen.

#### **Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung**

(2) Bei Kündigung erlischt der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit - mittags 12 Uhr). Ein Rückkaufwert wird nicht fällig. Sie erhalten jedoch - wenn und soweit zum Kündigungszeitpunkt vorhanden - die aus der Überschussbeteiligung vorhandenen Werte (ggf. bereits zugeteilte Überschussanteile sowie Bewertungsreserven), vermindert um eventuell rückständige Beiträge.

#### **Keine Beitragsrückzahlung**

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

### **§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?**

#### **Umwandlung**

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass die Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit - mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Dies ist in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) zu beantragen.

Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 15 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit sind. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich Ihr Gesundheitszustand seit Vertragsschluss nicht verschlechtert hat. Im Fall der Wiederinkraftsetzung gelten neue Wartezeiten (§ 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5). Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach der Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angelegten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.

Beachten Sie bitte: Die Bildung eines Kapitals ist nicht ein Vertragszweck Ihrer Versicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer Risikoversicherung entsteht bei bestimmten Vertragsgestaltungen überhaupt nicht. Wenn es entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Das Deckungskapital dient nur dazu, die Höhe des Bruttobeitrags möglichst konstant zu halten. Die für die Bildung des Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Beitragsteile sind gemessen an den gezahlten Beiträgen während der gesamten Vertragslaufzeit sehr gering. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

(3) Voraussetzung für die Fortführung der Versicherung unter vollständiger Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000,00 EUR nicht unterschreitet.

(4) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung vermindern sich alle Leistungen in gleicher Weise wie die Versicherungssumme. Die Regelungen aus § 1 und § 2 gelten nach einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung entsprechend.

(5) Tritt ein Versicherungsfall oder ein Todesfall nach der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ein, werden vor der Umwandlung erbrachte, noch nicht verrechnete Teilleistungen nicht mehr voll, sondern jeweils nur noch verhältnismäßig angerechnet. Die Anrechnung wird im gleichen Verhältnis herabgesetzt wie die prämienfreie Versicherungssumme zur ursprünglichen Versicherungssumme

#### **Teilweise Umwandlung**

(6) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Mindestbetrag von 25.000,00 EUR nicht unterschreiten.



#### Garantiewerte

(7) Eine Übersicht über die prämienfreien Versicherungssummen ist in den Garantiewerten abgedruckt.

## Kosten

### § 18 Welche Kosten werden mit Ihrem Beitrag verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen und in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige in den Beitrag einkalkulierte Kosten.

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

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

(2) Wir wenden das sogenannte Zillmerverfahren an, nach dem wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für die Leistungen im Versicherungsfall bzw. Todesfall und für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt ist. Der nach dem Zillmerverfahren zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten erforderliche Betrag ist auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme vorhanden sind. Die Kostenverrechnung gemäß Absatz 2 findet im Falle einer Prämienfreistellung jedoch nur eingeschränkt Anwendung, weil wir dann Mindestbeträge nach einer abweichenden Kostenverteilungsmethode berechnen und die prämienfreie Versicherungssumme gegebenenfalls entsprechend aufstocken (siehe § 17). Nähere Informationen zur prämienfreien Versicherungssumme können Sie den Garantiewerten entnehmen.

### § 19 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Erstellung von Ersatzurkunden oder Abschriften des Versicherungsscheins oder eines Nachtrags;
- schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
- Mahnung und/oder Kündigung wegen Verzugs mit Folgebeiträgen;
- Rückläufer im Lastschriftverfahren;
- Durchführung von Vertragsänderungen.

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden jeweiligen Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass der bei uns regelmäßig entstehende jeweilige Aufwand der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, werden wir die Pauschale entsprechend herabsetzen.

## Sonstige Vertragsbestimmungen

### § 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und/oder Ihres Namens?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

### § 21 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind derzeit beispielsweise alle Umstände, die für die Beurteilung

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

maßgebend sein können.

Dazu zählen derzeit insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steuer-Identifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach der derzeitigen Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung oder dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz entnehmen.

Dazu zählen derzeit insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steuer-Identifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach der derzeitigen Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung oder dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz entnehmen.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

### § 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

### § 23 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz 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 Versicherungsvertrag **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 Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen die Rechte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

## Anlage SEL: Versicherte schwere Erkrankungen und sonstige Leistungsauslöser (GN282060\_201708)



Diese Anlage ist Bestandteil Ihrer Versicherungsbedingungen. Wir listen Ihnen damit die versicherten schweren Erkrankungen sowie die sonstigen versicherten Leistungsauslöser auf.

Bei den derzeit praxisrelevantesten schweren Erkrankungen, nämlich

- Invasiv wachsender Krebs (Ziffer I. 2.),
- Herzinfarkt (Ziffer II. 8.),
- Schlaganfall (Ziffer II. 12.) und
- Multiple Sklerose (Ziffer IV. 26.),

stellen wir Ihnen einen 2-stufigen Versicherungsschutz zur Verfügung: Unter jeweils näher bezeichneten Voraussetzungen besteht gegebenenfalls Anspruch auf eine versicherte Teilsumme (50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR), obwohl der eigentliche Versicherungsfall nicht bzw. noch nicht vorliegt. Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer Teilsumme nicht beendet, sondern mit der restlichen Versicherungssumme fortgeführt. Bitte beachten Sie: Teilsummen für Kinder und Jugendliche gelten nur dann, wenn das Kind selbst versicherte Person ist (§ 1 AVB), nicht hingegen im Rahmen einer automatischen Mitversicherung des Kindes (§ 2 AVB).

Nur für folgende Erkrankungen bzw. Leistungsauslöser besteht eine Wartezeit im Sinne von § 1 Absatz 4 AVB:

- Invasiv wachsender Krebs (Ziffer I. 2.): 6 Monate
- Angioplastie (Ziffer II. 3.): 3 Monate
- Bypass-Operation (Ziffer II. 4.): 3 Monate

Im Rahmen der automatischen Mitversicherung von Kindern (§ 2 AVB) besteht eine Wartezeit von jeweils 6 Monaten. Diese Wartezeit kommt dann nicht zum Tragen, wenn ein leibliches Kind erst später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird. Denn wir bieten für mit-versicherte Kinder schon ab der Geburt Versicherungsschutz. Und die Wartezeit beginnt bei leiblichen Kindern nicht erst mit der Geburt, sondern bereits mit Versicherungsbeginn.

Bei einigen schweren Erkrankungen bzw. sonstigen Leistungsauslösern haben wir klargestellt, dass die Erkrankung nicht versichert ist, wenn sie mittelbar oder unmittelbar durch

- Alkoholkonsum,
- Drogenkonsum,
- Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) oder
- eine absichtliche Vergiftung

ausgelöst wurde. Diese klarstellenden Hinweise lassen § 5 AVB unberührt, d. h. für alle schweren Erkrankungen (bzw. sonstigen Leistungsauslöser) gelten die Ausschlüsse nach § 5 AVB unverändert.

## Inhaltsübersicht zu Anlage SEL

### I. Gut- und bösartige Tumore

1. Gutartiger Hirntumor
2. Invasiv wachsender Krebs

### II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

3. Angioplastie
4. Bypass-Operation
5. Erste Operation an den Herzklappen
6. Konstriktive Perikarditis
7. Kardiomyopathie
8. Herzinfarkt
9. Herztransplantation
10. Offene Operation an der Körperschlagader (Aorta)
11. Operiertes Gehirnaneurysma
12. Schlaganfall

### III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

13. Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion
14. Fortgeschrittenes Rheuma (rheumatoide Arthritis)
15. Schwere Erkrankung der Lunge
16. Schwere Leberfunktionsstörung
17. Schweres dialysepflichtiges Nierenversagen
18. Systemischer Lupus erythematodes
19. Organtransplantation (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse)

### IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

20. Akute bakterielle Meningitis
21. Alzheimer Erkrankung vor dem 67. Geburtstag
22. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)
23. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK)
24. Familiäre Motoneuronenerkrankung (MND)
25. Kinderlähmung
26. Multiple Sklerose
27. Multisystematrophie (MSA)
28. Muskeldystrophie
29. Offene Operation im Gehirn
30. Parkinson-Krankheit
31. Primäre Lateralsklerose (PLS)
32. Progressive Bulbärparalyse
33. Progressive spinale Muskelatrophie
34. Querschnittslähmung
35. Schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems vor dem 67. Geburtstag

### V. Verletzungen

36. Amputation eines Armes oder Beines
37. Funktionsausfall oder Verlust eines Armes oder Beines
38. Schwere Verbrennung, Verätzung, Erfrierung
39. Schwere Verletzung des Kopfes und des Gehirns
40. Verlust von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls

### VI. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Infektionen

41. Aplastische Anämie

42. Fortgeschrittene Hepatitis C durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
43. Fortgeschrittene Hepatitis C und/oder HIV-Infektion durch Transfusion von Blutprodukten
44. HIV-Infektion durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
45. Knochenmark-Transplantation

### VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

46. Koma
47. Pflegebedürftigkeit 15. - 67. Geburtstag
48. Verlust der Sprache
49. Verlust des Hörens (Taubheit)
50. Verlust des Sehens (Blindheit)

### I. Gut- und bösartige Tumore

#### 1. Gutartiger Hirntumor

Versichert ist die erste Diagnose eines gutartigen Tumors (Neubildung von Gewebe) im Gehirn, der Hirnnerven, der Hirnhäute oder des Rückenmarks.

Nicht versichert sind Zysten, Abszesse und Hämatome.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund des gutartigen Tumors besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Querschnittslähmung
- Tetraplegie
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Schwere Schluckstörungen mit der Unfähigkeit, Flüssigkeiten ohne Verschlucken zu sich zu nehmen (Dysphagie)
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 2. Invasiv wachsender Krebs

Versichert ist die erste Diagnose eines invasiv wachsenden Krebses. Invasiv wachsend ist der Krebs bei Vorliegen eines unkontrollierten Wachstums bösartiger Zellen, die dabei in gesundes Gewebe eindringen, dieses zerstören sowie streuen (metastasieren) können. Versichert sind auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkerkrankungen.

Nicht versichert sind:



- Tumore, die nicht eindeutig bösartig sind (Prä maligne Tumore und Borderline Tumore)
- Alle Formen von Hautkrebs außer dem malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs)
- Frühformen von Krebs (Carcinoma in situ (cis))

#### Leistungsvoraussetzungen:

Liegt die unter a) genannte Therapienotwendigkeit vor, leisten wir die Versicherungssumme. Liegt nur die unter b) genannte Therapienotwendigkeit vor, leisten wir eine Teilsumme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR. Die Erkrankung und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen entsprechenden Facharzt anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### **a) Versicherungssumme**

Aufgrund des invasiv wachsenden Krebses ist mindestens eine der folgenden Therapieformen medizinisch notwendig:

- Operation mit begleitender Chemo- und/oder Strahlentherapie
- Chemotherapie
- Strahlentherapie bei inoperablen Tumoren
- Palliative Therapie (Therapie bei Krebserkrankungen, bei denen keine Heilung möglich ist)

#### **b) Teilsumme**

Aufgrund des invasiv wachsenden Krebses ist mindestens eine der folgenden Therapieformen medizinisch notwendig:

- Operative Totalentfernung des Tumors
- Strahlentherapie

#### Wartezeit:

Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 4 AVB) von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist ein invasiv wachsender Krebs, der innerhalb der Wartezeit diagnostiziert wird. Auf die Therapieform und/oder deren medizinische Notwendigkeit kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

## II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

### 3. Angioplastie

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Aufweitung mindestens zweier zu jeweils mehr als 70 % verengter Herzkranzgefäße durch eine Herzkatheteruntersuchung.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Aufweitung der Herzkranzgefäße durch eine Herzkatheteruntersuchung muss erfolgt sein. Die Operation, deren medizinische Notwendigkeit und der Grad der Verengung müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

#### Wartezeit:

Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 4 AVB) von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist eine Angioplastie (Aufweitung), für deren medizinische Notwendigkeit sich bereits innerhalb der Wartezeit Hinweise (z. B. Beschwerden) ergaben. Auf den Zeitpunkt der Durchführung der Angioplastie kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

### 4. Bypass-Operation

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation am Herzen, bei der mindestens ein Bypass aufgrund einer Herzkranzgefäßverengung eingesetzt wird und die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:

- Eröffnung des Brustkorbs mittels Durchtrennen des Brustbeins
- Eröffnung des Herzbeutels

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Kardiologie, für Herzchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

#### Wartezeit:

Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 4 AVB) von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist eine Bypass-Operation, für deren medizinische Notwendigkeit sich bereits innerhalb der Wartezeit Hinweise (z. B. Beschwerden) ergaben. Auf den Zeitpunkt der Durchführung der Bypass-Operation kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

### 5. Erste Operation an den Herzklappen

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation (offen sowie endoskopisch) an mindestens einer Herzklappe, um diese zu reparieren oder zu ersetzen, wenn zuvor noch keine Operation an dieser oder einer anderen Herzklappe erfolgte.

Nicht versichert sind die reine Aufweitung einer Herzklappe (Ballondilatation) und die Rotablation von Herzklappen.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit sowie das Fehlen vorausgegangener Herzklappenoperationen müssen durch einen Facharzt für Kardiologie, für Herzchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

### 6. Konstriktive Perikarditis

Versichert ist die erste Diagnose einer konstriktiven Perikarditis als Folge einer akuten Perikarditis mit entsprechendem narbigen Umbau (Fibrose und Kalzifikation = Verkalkung) des Herzbeutels (Perikards).

#### Leistungsvoraussetzungen:

Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

- Dauerhafte Einschränkung der Herzfunktion mit reduzierter Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 45 % (EF < 45 %)
- Medizinische Notwendigkeit der operativen (Teil-)Entfernung des Herzbeutels und erfolgte Durchführung der Operation

Die Erkrankung, die Einschränkung und die medizinische Notwendigkeit der operativen (Teil-)Entfernung sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 7. Kardiomyopathie

Versichert ist die erste Diagnose einer Kardiomyopathie.

Nicht versichert sind Herzvergrößerungen, Myokarditis, erworbene Kardiomyopathien oder ähnliche Krankheitsbilder, die mittelbar oder unmittelbar durch Vergiftung, Alkoholkonsum, Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurden. § 5 AVB bleibt unberührt.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten im Ruhezustand Luftnot oder andere Beschwerden gemäß klinischen Stadiums NYHA III vorliegen. Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

### 8. Herzinfarkt

Versichert ist die erste Diagnose eines frisch aufgetretenen Herzinfarkts.

Nicht versichert sind Angina pectoris und Entzündungen des Herzmuskels.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Liegt die unter a) genannte Herzleistungsschwäche vor, leisten wir die Versicherungssumme. Ohne Hinzukommen einer Herzleistungsschwäche leisten wir eine Teilsumme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR (vgl. hierzu b)). Der Herzinfarkt und die gegebenenfalls deswegen eintretende Herzleistungsschwäche sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### **a) Versicherungssumme**

Aufgrund des frisch aufgetretenen Herzinfarkts besteht nach dessen Auftreten und während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten eine Herzleistungsschwäche in Form einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 45 % (EF < 45 %).

#### **b) Teilsumme**

Aufgrund des frisch aufgetretenen Herzinfarkts muss eine Herzleistungsschwäche in Form einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 45 % (EF < 45 %) nicht vorliegen.

### 9. Herztransplantation

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation des Herzens.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird. Die medizinische Notwendigkeit der Herztransplantation muss durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme auf eine international anerkannte Warteliste für Organtransplantationen nachgewiesen werden.

### 10. Offene Operation an der Körperschlagader (Aorta)



Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation an der Körperschlagader (Aorta) aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung, bei der eine Öffnung des Bauchraums oder des Brustkorbs mit anschließendem direkten Eingriff an der Körperschlagader erfolgt.

Nicht versichert sind operative Eingriffe mittels eines Katheters oder Endoskops sowie Eingriffe an den von der Körperschlagader abgehenden Gefäßen.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Gefäßchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

### 11. Operiertes Gehirnaneurysma

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit der operativen Behandlung eines im Bereich des Gehirns liegenden Aneurysmas (Gefäßaufweitung einer Hirnschlagader) mit einem Mindestumfang von 25 Millimetern.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Neurologie, für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

### 12. Schlaganfall

Versichert ist die erste Diagnose eines neu aufgetretenen Schlaganfalls aufgrund einer Durchblutungsstörung oder einer Blutung, jeweils im Bereich des Gehirns.

Nicht versichert sind transitorische ischämische Attacken (TIA) und Migräneerkrankungen.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Liegt eine der unter a) genannten Einschränkungen vor, leisten wir die Versicherungssumme. Ohne Hinzukommen einer solchen Einschränkung leisten wir eine Teilsumme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR (vgl. hierzu b)). Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### **a) Versicherungssumme**

Aufgrund des Schlaganfalls muss nach dessen Eintritt und während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten bestehen:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Vollständiger Verlust der Wahrnehmung der betroffenen Körperseite (Agnosie)
- Schwere Schluckstörungen mit der Unfähigkeit, Flüssigkeiten ohne Verschlucken zu sich zu nehmen (Dysphagie)
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

#### **b) Teilsumme**

Aufgrund des Schlaganfalls muss nach dessen Eintritt keine der unter a) genannten Einschränkungen bestehen.

## III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

### 13. Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion

Versichert ist die erste Diagnose eines Ausfalls der Bauchspeicheldrüsen-Funktion.

Nicht versichert ist ein dauerhafter Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion, der mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholkonsum, Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurde. § 5 AVB bleibt unberührt.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Der Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion ist dauerhaft und aufgrund dessen liegt während der Versicherungsdauer ein vollständiger Verlust aller nachfolgenden Funktionen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten vor:

- Verdauung von Fett
- Verdauung von Eiweiß
- Blutzuckerregulation (Entstehung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus)

Die Erkrankung, der Verlust der Funktionen und dessen Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 14. Fortgeschrittenes Rheuma (rheumatoide Arthritis)

Versichert ist die erste Diagnose eines fortgeschrittenen Rheumas (rheumatoide Arthritis).

#### Leistungsvoraussetzungen:

Das fortgeschrittene Rheuma (rheumatoide Arthritis) schreitet weiter fort und aufgrund dessen bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:  
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:  
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:  
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:  
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, das weitere Fortschreiten, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Rheumatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

### 15. Schwere Erkrankung der Lunge

Versichert ist die erste Diagnose eine schwere Erkrankung der Lunge.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Erkrankung sind während der Versicherungsdauer die folgenden beiden Bedingungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten erfüllt:

- Der Lungenfunktionswert FEV1 liegt unter 40 % (FEV1 < 40 %).
- Eine dauerhafte Sauerstoffgabe ist medizinisch notwendig.

Die Erkrankung, die Bedingungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Pneumologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 16. Schwere Leberfunktionsstörung

Versichert ist die erste Diagnose einer fortgeschrittenen Lebererkrankung.

Nicht versichert sind eine Erkrankung der Leber und Leberfunktionsstörungen, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholkonsum, Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) oder durch eine von der versicherten Person absichtlich herbeigeführte Vergiftung ausgelöst wurden. § 5 AVB bleibt unberührt.

#### Leistungsvoraussetzungen:



Aufgrund der Lebererkrankung bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 2 der folgenden Funktionsstörungen, die nicht vollständig durch Medikamente beherrschbar sind:

- Dauerhafte Gelbsucht (Ikterus)
- Schwere Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen im Sinne einer leberbedingten Gehirnschädigung (hepatische Enzephalopathie)
- Wasseransammlungen im Bauchraum (Aszites)
- Krampfadern in der Speiseröhre oder im Magen (Varizen)
- Schwere Blutungsneigung durch eine dauerhafte Verringerung der durch die Leber gebildeten Gerinnungsbestandteile des Blutes (Quickwert < 40 %)

Die Erkrankung und die Funktionsstörungen sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 17. Schweres dialysepflichtiges Nierenversagen

Versichert ist die erste Diagnose eines nicht wiederherstellbaren Funktionsverlusts beider Nieren.

Nicht versichert ist ein Funktionsverlust beider Nieren, der mittelbar oder unmittelbar durch Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurde. § 5 AVB bleibt unberührt.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Es erfolgt eine regelmäßige Dialyse (Blutwäsche) und diese ist medizinisch notwendig. Die Erkrankung und die medizinische Notwendigkeit der regelmäßigen Dialyse müssen durch einen Facharzt für Nephrologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 18. Systemischer Lupus erythematoses

Versichert ist die erste Diagnose eines fortschreitenden systemischen Lupus erythematoses.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Der fortschreitende systemische Lupus erythematoses besteht mit einer Beteiligung von mindestens 2 verschiedenen der folgenden Organe: Gehirn, Nieren, Herz, Lunge. Die Erkrankung und die Beteiligung von Organen müssen durch einen Facharzt für Rheumatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

### 19. Organtransplantation (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse)

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation der Leber, der Niere, der Lunge und/oder der Bauchspeicheldrüse.

Nicht versichert sind:

- Sogenannte Inselzelltransplantationen
- Organspenden der versicherten Person an eine dritte Person

#### Leistungsvoraussetzungen:

Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird. Die medizinische Notwendigkeit der Organtransplantation muss durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme in eine international anerkannte Warteliste für Organtransplantationen nachgewiesen werden.

## IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

### 20. Akute bakterielle Meningitis

Versichert ist die erste Diagnose einer akuten bakteriellen Meningitis

#### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der akuten bakteriellen Meningitis besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Querschnittslähmung
- Tetraplegie
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
- Epilepsie
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen

und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 21. Alzheimer-Erkrankung vor dem 67. Geburtstag

Versichert ist die erste Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung.

Nicht versichert ist eine Alzheimer-Erkrankung, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholkonsum, Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurde oder bei der lediglich der Verdacht auf eine Alzheimer-Erkrankung diagnostiziert bzw. bestätigt wird. § 5 AVB bleibt unberührt.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Alzheimer-Erkrankung muss vor der Vollendung des 67. Lebensjahrs der versicherten Person fachärztlich diagnostiziert worden sein. Aufgrund der Alzheimer-Erkrankung bestehen während der Versicherungsdauer und vor Vollendung des 67. Lebensjahrs mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:  
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:  
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:  
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:  
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit vor Vollendung des 67. Lebensjahrs und während der Versicherungsdauer, die einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen vor dem 67. Lebensjahr durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

### 22. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)

Versichert ist die erste Diagnose einer amyotrophischen Lateralsklerose.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der amyotrophischen Lateralsklerose bestehen während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten Nervenfunktionsstörungen. Die Erkrankung, die Nervenfunktionsstörungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 23. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK)

Versichert ist die erste Diagnose einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung.

#### Leistungsvoraussetzungen:



Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

#### 24. Familiäre Motoneuronerkrankung (MND)

Versichert ist die erste Diagnose einer familiären Motoneuronerkrankung.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der familiären Motoneuronerkrankung bestehen während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten Nervenfunktionsstörungen. Die Erkrankung, die Nervenfunktionsstörungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 25. Kinderlähmung

Versichert ist die erste Diagnose einer akuten Kinderlähmung.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der akuten Kinderlähmung müssen mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten bestehen:

- Fortbewegen im Zimmer:  
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:  
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:  
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:  
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Kinderlähmung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 26. Multiple Sklerose

Versichert ist die erste Diagnose einer Multiplen Sklerose.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Die Multiple Sklerose führt während der Versicherungsdauer zu Einschränkungen bzw. Ausfallerscheinungen. Liegen die unter a) genannten Einschränkungen vor, leisten wir die Versicherungssumme. Liegen nur die unter b) genannten Ausfallerscheinungen vor, leisten wir eine Teilsumme (§ 1 Absatz 6 AVB) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR. Die Erkrankung, die Einschränkungen und/oder Ausfallerscheinungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

##### **a) Versicherungssumme**

Aufgrund der Multiplen Sklerose besteht mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:  
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:  
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:  
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:  
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens einer der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

##### **b) Teilsumme**

Aufgrund der Multiplen Sklerose bestehen neurologische Ausfallerscheinungen (Störungen der Nervenfunktion).

#### 27. Multisystematrophie (MSA)

Versichert ist die erste Diagnose einer Multisystematrophie (MSA).

##### Leistungsvoraussetzungen:

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

#### 28. Muskeldystrophie

Versichert ist die erste Diagnose einer Muskeldystrophie.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Muskeldystrophie besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Der Versicherte kann nicht mehr als 200 Meter am Stück auf ebenem Grund gehen.
- Der Versicherte kann nicht mehr als 6 Stufen ohne Festhalten oder Stehenbleiben gehen.
- Die Vitalkapazität der Lunge des Versicherten liegt unter 50 %.

Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 29. Offene Operation im Gehirn

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation im Gehirn oder in anderen im Schädel liegenden Strukturen.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Die Operation muss erfolgt und die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sein:

- Eröffnung des Schädels durch Entfernen eines Teils des Schädelknochens mit nachfolgender Manipulation von Strukturen innerhalb des Schädels
- Mindestens eine der folgenden Funktionseinschränkungen tritt nach der Operation auf und besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:
  - Vollständige Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
  - Querschnittslähmung
  - Tetraplegie
  - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
  - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
  - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr





- Epilepsie
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Operation, deren medizinische Notwendigkeit, die Funktionseinschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

### 30. Parkinson-Krankheit

Versichert ist die erste Diagnose einer Parkinson-Krankheit.

Nicht versichert ist eine Parkinson-Erkrankung, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholkonsum, Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurde oder bei der lediglich der Verdacht auf eine Parkinson-Erkrankung diagnostiziert bzw. bestätigt wird. § 5 AVB bleibt unberührt.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Parkinson-Krankheit bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:  
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:  
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:  
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:  
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

### 31. Primäre Lateralsklerose (PLS)

Versichert ist die erste Diagnose einer primären Lateralsklerose.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der primären Lateralsklerose bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:  
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:  
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:

Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:  
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:  
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

### 32. Progressive Bulbärparalyse

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven Bulbärparalyse.

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

### 33. Progressive spinale Muskelatrophie

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven spinalen Muskelatrophie.

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

### 34. Querschnittslähmung

Versichert ist die erste Diagnose einer Querschnittslähmung.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Aufgrund der Querschnittslähmung besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Funktionseinschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Vollständige Tetraplegie (Lähmung beider Arme und beider Beine)
- Vollständige Hemiplegie (Lähmung einer Körperseite)
- Vollständige Paraplegie (Lähmung der unteren Körperhälfte)

Die Querschnittslähmung und deren Dauer müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 35. Schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems vor dem 67. Geburtstag

Versichert ist die erste Diagnose einer Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Es ist zu unterscheiden, ob die Erkrankung vor oder nach Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert wird:

- Eine Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, die erstmals nach Vollendung des 4. Lebensjahrs aber vor Vollendung des 67. Lebensjahrs diagnostiziert wird, muss während der Versicherungsdauer und vor Vollendung des 67. Lebensjahrs mindestens zu einer der folgenden Einschränkungen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten führen:
  - Unmöglichkeit des Gehens von mehr als 200 Metern über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel
  - Auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße ist Essen oder Trinken ohne Hilfe einer anderen Person unmöglich.



- Verlust der Sprache
- Verlust der Funktion mindestens eines Armes oder Beines

Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

- ii. Eine Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, die erstmals vor Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert wird, muss vor Vollendung des 5. Lebensjahrs und während der Versicherungsdauer mindestens zu einer der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 12 Monaten führen:

- Vollständiger Stillstand der kindlichen Entwicklung in den Bereichen motorische, kognitive, emotionale, soziale und sprachliche Entwicklung
- Vollständiger und dauerhafter Verlust der bis dato erlangten Entwicklungsstufen der motorischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und sprachlichen Entwicklung.

Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

## V. Verletzungen

### 36. Amputation eines Armes oder Beines

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit der Abtrennung (= Amputation) mindestens eines Armes oder Beines oberhalb des Ellenbogen- oder Kniegelenks.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Amputation muss erfolgt sein. Die Amputation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

### 37. Funktionsausfall oder Verlust eines Armes oder Beines

Versichert ist jeweils folgende erste Diagnose:

- Vollständiger Funktionsausfall mindestens eines Armes oder Beines.
- Komplette Abtrennung mindestens eines Armes oder Beines in Höhe des Oberarms oder Oberschenkels

#### Leistungsvoraussetzungen:

Der Funktionsausfall darf nicht durch Hilfsmittel zu beheben sein. Der Funktionsausfall bzw. die Abtrennung muss durch einen Facharzt für Neurologie, für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 38. Schwere Verbrennung, Verätzung, Erfrierung

Versichert ist jeweils folgende erste Diagnose:

- Verbrennung dritten Grades, die mindestens 20 % der Körperoberfläche betrifft
- Verätzung und/oder Erfrierung, die dem vorab genannten Schweregrad entspricht

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die Verbrennung, Verätzung bzw. Erfrierung muss während der Versicherungsdauer erfolgt sein und durch einen Facharzt für Dermatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

### 39. Schwere Verletzung des Kopfes und des Gehirns

Versichert ist die erste Diagnose einer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Es ist zu unterscheiden, ob die Verletzung vor oder nach Vollendung des 4. Lebensjahrs eingetreten ist:

- i. Aufgrund einer während der Versicherungsdauer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven, die nach Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert bzw. bestätigt wird, muss während der Versicherungsdauer ununterbrochen für einen Zeitraum von länger als 3 Monaten eine der folgenden Einschränkungen bestehen, die sich nicht bessern lässt:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Querschnittslähmung
- Tetraplegie
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
- Epilepsie

- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Verletzung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie, für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards eindeutig diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

- ii. Aufgrund einer während der Versicherungsdauer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven, die vor Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert bzw. bestätigt wird, muss während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 12 Monaten bestehen:

- Vollständiger Stillstand der kindlichen Entwicklung in den Bereichen motorische, kognitive, emotionale, soziale und sprachliche Entwicklung
- Vollständiger und dauerhafter Verlust der bis dato erlangten Entwicklungsstufen der motorischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und sprachlichen Entwicklung.

Die Verletzung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinderchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards eindeutig diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 9 Absatz 8 AVB).

### 40. Verlust von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls (plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis).

Nicht versichert ist ein Unfall, der mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholkonsum, Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurde. § 5 AVB bleibt unberührt.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Der Unfall ereignet sich während der Versicherungsdauer und innerhalb dieser liegt aufgrund des Unfalls mindestens eine der folgenden Einschränkungen vor:

- Tiefe Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Einflüsse von mehr als 4 Tagen, die nicht durch ein sogenanntes künstliches Koma (medizinisch beabsichtigt eingeleitetes Koma) verursacht wird.
- Vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktionsfähigkeit von mindestens einem Arm oder einem Bein oberhalb (medial) des Ellenbogen- oder Kniegelenks.
- Schwere Kopfverletzung, die dauerhaft zu einem der folgenden Funktionsausfälle führt:
  - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
  - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
  - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
  - Epilepsie
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Der Unfall und die Einschränkung sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

## VI. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Infektionen

### 41. Aplastische Anämie

Versichert ist die erste Diagnose einer aplastischen Anämie mit Ausfall der körpereigenen Bildung von roten und weißen Blutkörperchen sowie der Blutplättchen.

#### Leistungsvoraussetzungen:

Die aplastische Anämie besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten. Die Erkrankung und deren Dauer müssen durch einen Facharzt für Hämatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.



#### 42. Fortgeschrittene Hepatitis C durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit

Versichert ist die erste Diagnose einer Hepatitis C.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Die Hepatitis C ist fortgeschritten und erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund einer Verletzung oder des direkten Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der folgenden beruflichen Tätigkeiten:

- Personal in Gesundheits- und Heilberufen (zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, medizinische Fachangestellte, medizinische Assistenten)
- Krankenhauspersonal
- Personal in medizinischen Labors
- Personal in Beerdigungsinstituten
- Personal der Rettungsdienste
- Personal der Feuerwehr
- Polizisten

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein.

- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Verletzung oder des Kontakts ein negativer Status für eine Hepatitis-C-Infektion vorlag
- Eindeutige Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker innerhalb der ersten 6 Monate nach der Verletzung oder dem Kontakt
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch eine Verletzung oder den direkten Kontakt mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der genannten beruflichen Tätigkeiten verursacht wurde
- Schwerer durch Medikamente nicht beeinflussbarer Verlauf der Erkrankung mit fortschreitender Zerstörung der Leber in Form einer Leberzirrhose

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

#### 43. Fortgeschrittene Hepatitis-C- und/oder HIV-Infektion durch Transfusion von Blutprodukten

Versichert ist die erste Diagnose einer Hepatitis-C-Infektion und/oder einer HIV-Infektion.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Die Hepatitis C und/oder HIV-Infektion ist fortgeschritten und erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund der medizinisch notwendigen Verabreichung eines Blutprodukts mittels Transfusion. Die Transfusion erfolgte während der Versicherungsdauer.

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Transfusion von Blutprodukten keine Infektion vorlag
- Eindeutige Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker innerhalb der ersten 6 Monate nach Transfusion
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch die Verabreichung eines Blutprodukts durch eine Transfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags verursacht wurde
- Bei Hepatitis C: schwerer, durch Medikamente nicht beeinflussbarer Verlauf der Erkrankung mit fortschreitender Zerstörung der Leber in Form einer Leberzirrhose

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin, für Transfusionsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

#### 44. HIV-Infektion durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit

Versichert ist die erste Diagnose einer HIV-Infektion.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Die HIV-Infektion erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund einer Verletzung oder des direkten Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der folgenden beruflichen Tätigkeiten:

- Personal in Gesundheits- und Heilberufen (zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, medizinische Fachangestellte, medizinische Assistenten)
- Krankenhauspersonal
- Personal in medizinischen Labors
- Personal in Beerdigungsinstituten
- Personal der Rettungsdienste
- Personal der Feuerwehr
- Polizisten

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch eine Verletzung oder den direkten Kontakt mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der genannten beruflichen Tätigkeiten verursacht wurde
- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Verletzung oder des Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten ein negativer Status für eine HIV-Infektion vorlag

- Nachweis, dass die Infektion innerhalb der ersten 6 Monate nach der Verletzung bzw. dem Kontakt aufgetreten ist

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

#### 45. Knochenmark-Transplantation

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation des Knochenmarks.

Nicht versichert sind Knochenmarkspenden der versicherten Person an eine dritte Person.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird.

Die Transplantationsnotwendigkeit muss durch einen Facharzt für Hämatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme in eine international anerkannte Warteliste für Knochenmark-Transplantationen nachgewiesen werden.

### VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

#### 46. Koma

Versichert ist die erste Diagnose einer ununterbrochenen, tiefen Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Einflüsse (Koma).

Nicht versichert ist ein künstliches Koma (medizinisch beabsichtigt eingeleitetes Koma).

##### Leistungsvoraussetzungen:

Das Koma liegt während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von mehr als 4 Tagen vor. Das Koma und dessen Dauer müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 47. Pflegebedürftigkeit 15. - 67. Geburtstag

Versichert ist die erste Diagnose der Pflegebedürftigkeit.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Die Pflegebedürftigkeit muss erstmals nach Vollendung des 15., aber vor Vollendung des 67. Lebensjahrs fachärztlich festgestellt worden sein. Innerhalb dieses Zeitraums und während der Versicherungsdauer müssen mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten bestehen:

- Fortbewegen im Zimmer:  
Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:  
Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:  
Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:  
Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:  
Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit vor Vollendung des 67. Lebensjahrs, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.



Die Pflegebedürftigkeit, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Geriatrie, für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 48. Verlust der Sprache

Versichert ist die erste Diagnose des vollständigen Verlusts der Fähigkeit zu sprechen.

Nicht versichert ist ein Verlust der Sprache, der unmittelbar oder mittelbar auf psychischen bzw. psychiatrischen Gründen beruht. § 5 AVB bleibt unberührt.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Folgende Bedingungen müssen sämtlich erfüllt sein:

- Der Verlust ist nachweislich durch eine Erkrankung oder Schädigung der Stimmbänder entstanden
- Der Verlust ist dauerhaft oder besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten
- Der Verlust ist nicht durch zumutbare Hilfsmittel zu bessern oder zu beheben.

Der Sprachverlust und dessen Dauer sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 49. Verlust des Hörens (Taubheit)

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts der Hörfähigkeit.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten ein andauernder vollständiger Verlust der Hörfähigkeit beider Ohren vorliegen. Der Hörverlust für gesprochene Wörter (500 Hz bis 3 kHz) muss dabei auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel (> 80 dB) betragen und darf nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte) zu bessern sein. Der Hörverlust und dessen Ausmaß sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

#### 50. Verlust des Sehens (Blindheit)

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts der Sehfähigkeit.

##### Leistungsvoraussetzungen:

Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten ein andauernder vollständiger Verlust der Sehfähigkeit beider Augen vorliegen, der mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Das Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) beträgt insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60.
- Das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung ist auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt.

Der Sehverlust und dessen Ausmaß dürfen nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Kontaktlinsen) zu bessern sein. Der Sehverlust, dessen Ausmaß und Dauer sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Augenheilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

## Steuerrechtliche Hinweise (GN284606\_201902)

Hiermit informieren wir Sie über wichtige - Ihre Versicherung betreffende - steuerrechtliche Regelungen. Unsere Hinweise entsprechen dem Stand der Steuergesetzgebung bei Vertragsabschluss.

### Versicherungsteuer

Die Beiträge zu dieser Versicherung sind nach § 4 Nr. 5 VersStG (Versicherungsteuergesetz) steuerfrei.

### Einkommensteuer

#### Risikoversicherungen mit Kapitalzahlung im Todesfall oder bei versicherten schweren Erkrankungen

(1) Die Beiträge können nicht bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4 EStG) abgezogen werden.

(2) Leistungen aus dieser Versicherung sind stets in vollem Umfang einkommensteuerfrei.

## Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift (X951\_201708)

Für die Durchführung der Beitragszahlung mittels SEPA-Basislastschrift gelten diese Bestimmungen:

### 1. Erteilung des SEPA-Basislastschriftmandats

(1) Der Versicherungsnehmer erteilt dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der Versicherungsnehmer den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weist er seinen Zahlungsdienstleister (in der Regel seine kontoführende Bank) an, die von dem Versicherer auf das Konto des Versicherungsnehmers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen.

(2) Das SEPA-Basislastschriftmandat enthält ferner grundsätzlich

- den Namen des Versicherers, seine Adresse und seine Gläubiger-Identifikationsnummer.
- die Angabe, ob das Mandat für wiederkehrende Zahlungen oder eine einmalige Zahlung gegeben wird.
- den Namen, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des Versicherungsnehmers.

(3) Die Mandatsreferenznummer wird vom Versicherer gesondert vergeben und dem Versicherungsnehmer nachträglich bekannt gegeben.

(4) Wird statt des Versicherungsnehmers eine andere Person als Beitragszahler (= abweichender Beitragszahler) vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

### 2. Vorabankündigung (Pre-Notification)

(1) Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer den SEPA-Basislastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der 1. SEPA-Basislastschriftzahlung ankündigen beziehungsweise im Rahmen einer Einmalzahlung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der einmaligen SEPA-Basislastschriftzahlung (Vorabankündigung/Pre-Notification).

(2) Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen erfolgt eine einmalige Vorabankündigung vor dem 1. SEPA-Basislastschrifteinzug; verändert sich der einzuziehende Lastschriftbetrag (z. B. durch eine Beitragserhöhung), erhält der Versicherungsnehmer eine neuerliche Vorabankündigung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit des neuen Lastschriftbetrags.

(3) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

### 3. Besonderheiten bei abweichendem Beitragszahler

(1) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, erteilt dieser dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der abweichende Beitragszahler den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen, und weist zugleich seinen Zahlungsdienstleister an, die von dem Versicherer auf das Konto des abweichenden Beitragszahlers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen. Im SEPA-Basislastschrift-



mandat sind der Name, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des abweichenden Beitragszahlers aufzunehmen.

(2) Die Mitteilung der Mandatsreferenznummer nach Ziffer 1 (3) sowie die Vorabankündigung (Pre-Notification) nach Ziffer 2 werden gegenüber dem Versicherungsnehmer und dem abweichenden Beitragszahler vorgenommen.

(3) Der Versicherungsnehmer als unser Vertragspartner ist verpflichtet, Änderungen beim abweichenden Beitragszahler (insbesondere eine Adressänderung) unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer stellt sicher, dass der abweichende Beitragszahler mit der

Übermittlung der Änderungen der personenbezogenen Daten an den Versicherer einverstanden ist. Kann eine Lastschrift nicht eingelöst werden, weil der Versicherungsnehmer diese Pflicht nicht erfüllt hat, muss er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden ersetzen.

#### 4. Haftung bei Rücklastschriften

Verursacht der Versicherungsnehmer schuldhaft eine Rücklastschrift (z. B. durch unrichtige Angaben im SEPA-Basislastschriftmandat oder durch Unterlassen der Mitteilung von Änderungen), hat er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.

## Allgemeine Hinweise zum Versicherungsvertrag (GN284700\_201708)

### Leistungsverpflichtung des Versicherers

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen ist. Der Mitversicherungsschutz für Kinder im Sinne von § 2 der Allgemeinen Bedingungen beginnt mit Versicherungsbeginn oder - wenn später - ab dem spätesten der folgenden Ereignisse:

- Geburt des Kindes;
- Adoption des Kindes;
- Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person;
- Aufnahme des Stiefkindes in den Haushalt der versicherten Person.

Jedoch besteht vor dem in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz und kein Mitversicherungsschutz. Bei einem invasiv wachsenden Krebs (Anlage SEL der Allgemeinen Bedingungen - Ziff. I.2.), einer Angioplastie (Anlage SEL der Allgemeinen Bedingungen - Ziff. II.3.) und einer Bypass-Operation (Anlage SEL der Allgemeinen Bedingungen - Ziff. II.4.) beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf der jeweiligen Wartezeit (vgl. § 1 Absatz 4 der Allgemeinen Bedingungen). Bei der Premium-Variante besteht nach dem ersten vollen Versicherungsfall eine Wartezeit von 6 Monaten (§ 1 Absatz 5 c der Allgemeinen Bedingungen). Im Rahmen der Mitversicherung von Kindern (§ 2 der Allgemeinen Bedingungen) besteht eine Wartezeit von jeweils sechs Monaten, jedoch ist für den Beginn der Wartezeit nicht die Geburt des Kindes sondern der nach § 2 der Allgemeinen Bedingungen entscheidende Zeitpunkt maßgeblich.

Ihr Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir in der Regel nicht zur Leistung verpflichtet.

### Beitragsverpflichtung des Versicherungsnehmers

"Wer ist Wer" beim Lebensversicherungsvertrag?

Als "Versicherungsnehmer" sind Sie unser Vertragspartner. Sie haben es auch übernommen, die Beiträge zu zahlen. Die "versicherte Person" hingegen ist die Person, deren Leben und Gesundheitszustand mit der Versicherung abgesichert ist. Meist sind "Versicherungsnehmer" und "versicherte Person" ein und dieselbe Person.

Die von Ihnen zum Empfang der Versicherungsleistung bestimmte Person ist "Bezugsberechtigter". Es empfiehlt sich, stets die Bezugsberechtigung namentlich festzulegen, z. B. Ihren Ehepartner (mit Nennung des Vornamens) oder Ihre Kinder (Name, Anschrift, Geburtsdatum). Prüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob die Bezugsberechtigung noch Ihren Wünschen entspricht. Die Bezugsberechtigung kann bis zum Eintritt des Versicherungsfalles jederzeit widerrufen werden, falls sie nicht ausdrücklich als unwiderruflich bezeichnet worden ist. Für Leistungen, die aufgrund einer schweren Erkrankung eines mitversicherten Kindes fällig werden, ist das mitversicherte Kind unwiderruflich bezugsberechtigt.

### Vertragspartnerschaft braucht Regeln

Versicherungsbedingungen sind bindend:  
Für die Versicherung sind der Antrag und die dazugehörigen Erklärungen sowie die beigefügten Bedingungen maßgebend.

Annahmefrist:

Vorbehaltlich Ihres Widerrufsrechts nach § 8 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) ist der Versicherer berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem Tag der Antragstellung.

Haben wir Ihnen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags unterbreitet, so halten wir uns 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

### Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform

Alle uns oder Dritten gegenüber abzugebenden Anzeigen oder Erklärungen bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail). Insbesondere mündliche oder telefonische Erklärungen sind also nicht ausreichend. Schreibt das Gesetz für bestimmte Anzeigen oder Erklärungen eine strengere Form als die Textform vor, ist die gesetzliche Form maßgeblich. Bitte adressieren Sie Ihre Erklärungen und Anzeigen an unsere Generaldirektion:  
NÜRNBERGER Versicherung  
Ostendstraße 100  
90334 Nürnberg  
Fax: 0911 531-3206  
E-Mail: info@nuernberger.de

### Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie per:

Tel.: 0800 3696000 (kostenfrei)\*

Fax: 0800 3699000 (kostenfrei)\*

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

Internet: [www.versicherungsombudsmann.de](http://www.versicherungsombudsmann.de)

E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

\*Verbindungen zu 0800er-Nummern werden nicht von allen Telefondienst- oder Netzanbietern ermöglicht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an Ihren persönlichen Anbieter.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

### Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn

bzw. Postfach 12 53, 53002 Bonn

### Beratungs-Service wird gebührenfrei geboten

Die Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, vom Versicherungsnehmer irgendwelche besonderen Gebühren für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.

### Abschriften oder Ersatzurkunde lieferbar

Gemäß § 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) kann der Versicherungsnehmer jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Er kann außerdem auf seine Kosten die Ausstellung einer Ersatzurkunde für einen abhanden gekommenen oder vernichteten Versicherungsschein verlangen.

### Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Die Beiträge zu Ihrer Risikoversicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Sie können jederzeit auch eine Änderung der Zahlungsweise Ihrer laufenden Beiträge beantragen.



**Was tun, wenn die laufenden Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?**

Wichtige Gründe, wie z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge zu Ihrer Risikoversicherung nicht mehr aufbringen können. Eine überstürzte Kündigung des Vertrags wäre dann sicherlich der schlechteste Ausweg. Lassen Sie sich in einer solchen Situation rechtzeitig von uns beraten. Wir haben je nach Lage Ihres Falles verschiedene Möglichkeiten, Ihnen zu helfen.

Rechtzeitige und vollständige Vorlage der Unterlagen, insbesondere die Angabe Ihrer Kontoverbindung, gewährleistet die prompte Abwicklung Ihrer Ansprüche im Leistungsfall.

Meldungen und Unterlagen an folgende Anschrift:

**NÜRNBERGER Versicherung**  
**Ostendstraße 100**  
**90334 Nürnberg**