Allgemeine Versicherungsbedingungen für Gothaer Perikon - Fondsgebundene Risikoabsicherung (FC15-2 und FC15-3 Deutschland)

Inhaltsverzeichnis

Umfang und Leistung der Versicherung ... 1

§ 1 Versicherungsschutz - Kosten - Fonds ... 1

§ 2 Unsere Leistungen im Überblick ... 1

§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen ... 2

§ 4 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen ... 6

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes ... 7

Beiträge ... 7

§ 6 Beitragszahlung ... 7

§ 7 Anlagerisiko - Beitragsberechnung ... 8

§ 8 Vertragsüberprüfung ... 8

§ 9 Beitragsgarantie ... 9

§ 10 Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung ... 9

Änderungen der Leistungen und Beiträge ... 10

§ 11 Nachversicherung ... 10

§ 12 Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Gesundheitsprüfung ... 11

Überschussbeteiligung ... 11

§ 13 Überschussbeteiligung ... 11

Fondsanlage ... 12

§ 14 Ihre Fondsauswahl ... 12

§ 15 Bewertung der Fondsanteile ... 14

Kosten und Gebühren ... 15

§ 16 Abschluss- und Vertriebskosten ... 15

§ 17 Gebühren ... 15

Kündigung und Vorauszahlung ... 16

§ 18 Rückkaufswert - Kündigung ... 16

§ 19 Vorauszahlung ... 17

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten, Mitwirkungspflichten ... 17

§ 20 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages ... 17

§ 21 Nachweise im Leistungsfall ... 19

§ 22 Mitwirkungspflicht ... 21

§ 23 Ergänzende Rechte und Pflichten bei Berufsunfähigkeit ... 21

Sonstige Regelungen ... 22

§ 24 Leistungsempfänger ... 22

§ 25 Bezugsberechtigung ... 22

§ 26 Abtretung - Verpfändung ... 23

§ 27 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Änderung des Namens, Umzug, Steuerpflicht im Ausland) ... 23

§ 28 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung ... 23

Anhang I: Beschreibung der versicherten schweren Krankheiten ... 24

Anhang II: Definition der Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit ... 42

1 Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen ... 42

2 Pflegebedürftigkeit (Abhängigkeit von einer dritten Person) im Sinne der Bedingungen ... 42

3 Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen.....44
Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar).....46

Allgemeine Versicherungsbedingungen
für Gothaer Perikon - Fondsgebundene Risikoabsicherung
(FC15-2 und FC15-3 Deutschland)

Gothaer Perikon ist eine *»Fondsgebundene Risikoversicherung*. Das bedeutet: Wir legen einen Großteil Ihrer Beiträge in Fonds an. Die Entwicklung Ihres Fondsvermögens ist abhängig davon, ob die Kurse Ihrer gewählten Fonds an der Börse steigen oder fallen. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung und der Anlage in Fonds finden Sie auf den nächsten Seiten.

Beachten Sie bitte auch: In diesen Versicherungsbedingungen beschreiben wir Ihnen unsere Leistungen und wie diese geregelt sind. Ihr Vertrag muss nicht alle Leistungen umfassen. Welche Leistungen Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrer *»Police*.

In diesen Bedingungen geht es auch um Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in Anhang II.

Einige wichtige Fachbegriffe haben wir *»kursiv* hervorgehoben. Weil diese nicht immer leicht zu verstehen sind, finden Sie in Anhang III eine "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)".

Noch ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die **versicherte Person** und den **Versicherungsnehmer** voneinander: Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

Umfang und Leistung der Versicherung

§ 1
Versicherungsschutz - Kosten - Fonds

(1) Im *»Leistungsfall* zahlen wir mindestens die Summe, die wir für das jeweilige Risiko mit Ihnen vereinbart haben. Für die einzelnen Risiken können unterschiedlich hohe Summen vereinbart sein. Falls das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen* größer ist als die vereinbarte Summe, zahlen wir dieses aus. Mit der Auszahlung endet Ihr Vertrag. Bei mitversicherten Kindern gelten besondere Regeln: Sie finden sie in § 3 Abschnitt III. Bei Berufsunfähigkeit zahlen wir eine Rente, wenn wir dies mit Ihnen vereinbart haben. Mehr dazu finden Sie in § 3 Abschnitt VI.

(2) Unsere Leistungen zahlen wir in Euro. Bitte informieren Sie uns, wenn Sie lieber die Ihnen zustehenden Fondsanteile übertragen bekommen möchten. Wir übertragen dann Ihre Fondsanteile auf ein Depotkonto. Beachten Sie dabei aber: Das Depotkonto muss für die Übertragung geeignet sein und Sie zahlen eine *»Gebühr*. Wenn Sie mit uns eine Versicherung bei Berufsunfähigkeit vereinbart haben, zahlen wir diese Leistung nur in Euro. Wie wir Ihre Fondsanteile bewerten, haben wir in § 15 für Sie zusammengestellt. Wünschen Sie mehr Einzelheiten? Bitte informieren Sie uns, wir beantworten Ihre Fragen gern.

(3) Ihre Beiträge investieren wir in die Fonds, die Sie ausgewählt haben. Sie zahlen keinen **»***Ausgabeaufschlag*.

(4) Aus Ihrem Fondsvermögen finanzieren wir den Versicherungsschutz.
Außerdem zahlen Sie aus Ihrem Fondsvermögen

- Abschlusskosten und
- die laufenden »*Kosten* für die Verwaltung.

Wie hoch sind Ihre *»Kosten*? Diese Information finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

§ 2
Unsere Leistungen im Überblick

(1) Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Schutz Sie bei Abschluss des Vertrags mit uns vereinbart haben. Bitte sehen Sie in Ihrer *»Police* nach, welche Leistungen genau versichert sind.
Für diese Fälle können Sie versichert sein:
Wenn Sie

- versterben,

- schwer erkranken,
- erwerbsunfähig werden,
- pflegebedürftig werden,
- berufsunfähig werden.

(2) Sie haben nur Anspruch auf eine dieser Leistungen. Wenn Sie von uns eine Leistung erhalten haben, bekommen Sie keine weiteren Leistungen und Ihr Vertrag endet. Davon bestehen Ausnahmen, über die wir Sie im Folgenden informieren.

(3) Beachten Sie bitte auch § 7 und § 8. Dort informieren wir Sie über das Risiko Ihrer Anlage und über die Vertragsüberprüfung.

§ 3
Unsere Leistungen im Einzelnen

I. Leistung im Todesfall

(1) Wenn die versicherte Person verstirbt, zahlen wir mindestens die Leistung, die wir für den Todesfall vereinbart haben. Wenn das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen* größer ist als die für den Todesfall vereinbarte Leistung, zahlen wir dieses aus. Wenn die versicherte Person verstirbt, endet der Vertrag.

(2) Solange die versicherte Person jünger als sieben Jahre ist, zahlen wir im Todesfall nur die gewöhnlichen Kosten für eine Beerdigung. Beachten Sie dazu § 150 Absatz 4 Versicherungsvertragsgesetz (*»VVG*). Die Höhe der gewöhnlichen Kosten für eine Beerdigung liegt aktuell (Stand 2013) bei 8.000 EUR.

II. Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit

(1) Wenn die versicherte Person während der Laufzeit des Vertrags schwer erkrankt, zahlen wir mindestens die vereinbarte Versicherungssumme. Das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen* kann größer sein als die für den Fall der schweren Krankheit vereinbarte Leistung. In diesem Fall zahlen wir dieses erhöhte Fondsvermögen aus.

(2) In Anhang I beschreiben wir, wie wir eine schwere Krankheit definieren. Dort finden Sie auch die Fälle, in denen wir nicht oder nur eingeschränkt leisten. Ein wichtiger Hinweis für Sie: Bei der in Anhang I definierten Tödlichen Krankheit zahlen wir nur die vereinbarte Leistung im Todesfall.

(3) Der Anspruch auf die Leistung der Versicherung entsteht in der Regel, wenn nach der ärztlichen Diagnose 28 Tage vergangen sind. Der Anspruch entsteht nur, wenn die versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt. Beachten Sie bitte: Bei einzelnen schweren Krankheiten bestehen davon Ausnahmen. Sie finden diese Ausnahmen bei der Beschreibung der einzelnen schweren Krankheiten in Anhang I.

(4) Bei einigen schweren Krankheiten beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit. Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag bezahlt haben. Die Wartezeiten zu den einzelnen schweren Krankheiten finden Sie in Anhang I.

(5) Ihr Vertrag endet am Monatsersten nach dem Monat, in dem der Anspruch auf Leistung der Versicherung entstanden ist. Ein Beispiel für Sie: Wenn Sie am 15. Mai die Diagnose erhalten, haben Sie ab dem 12. Juni einen Anspruch. Damit endet der Vertrag am 1. Juli.

III. Leistung für mitversicherte Kinder

(1) Wenn der Versicherungsnehmer eine *»natürliche Person* ist, gilt: Die leiblichen und adoptierten Kinder der versicherten Person sind bei schweren Krankheiten mitversichert. Für diese Mitversicherung gilt:

- Wenn die Voraussetzungen für die Anerkennung einer schweren Krankheit erfüllt sind, müssen die Kinder mindestens ein Jahr alt sein. Aber sie dürfen den 18. Geburtstag noch nicht erreicht haben.
- Bei den mitversicherten schweren Krankheiten gibt es Ausnahmen. Sie finden diese in den Absätzen 7 bis 9.

(2) Wir leisten, wenn bei einem Kind der versicherten Person eine von uns definierte schwere Krankheit eintritt. Welche schweren Krankheiten das sind, finden Sie in Anhang I. Unsere Leistung beträgt ein Drittel der Versicherungssumme, die wir für die versicherte Person vereinbart haben. Wir leisten aber höchstens 25.000 Euro.

(3) Der Anspruch auf die Leistung der Versicherung entsteht in der Regel, wenn nach der ärztlichen Diagnose 28 Tage vergangen sind. Der Anspruch entsteht nur, wenn das mitversicherte Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Beachten Sie bitte: Bei einzelnen schweren Krankheiten bestehen davon Ausnahmen. Sie finden diese Ausnahmen bei der Beschreibung der einzelnen schweren Krankheiten in Anhang I.

(4) Es besteht für jedes Kind der versicherten Person Versicherungsschutz.

(5) Wenn wir für ein mitversichertes Kind leisten, endet der Vertrag nicht und Sie haben auch weiter einen Anspruch auf Leistungen. Das bedeutet: § 2 Absatz 2 dieser Bedingungen gilt in diesem Fall nicht. Wir zahlen die Leistung aber für jedes Kind nur einmal. Das gilt auch, wenn mehrere schwere Krankheiten gleichzeitig eintreten.

(6) Wenn wir für mehrere mitversicherte Kinder leisten, gilt: Wir zahlen insgesamt maximal die Versicherungssumme für die versicherte Person.

(7) Wir leisten nicht, wenn das mitversicherte Kind

- verstirbt,
- erwerbsunfähig wird,
- pflegebedürftig wird,
- berufsunfähig wird,
- während der beruflichen Tätigkeit mit HIV infiziert wird, wie in Anhang I beschrieben, oder
- an übrigen Erkrankungen des zentralen Nervensystems (wie in Anhang I beschrieben) erkrankt.

Außerdem zahlen wir für mitversicherte Kinder keine Teilleistung bei der schweren Krankheit multiple Sklerose. Die Definition dieser schweren Krankheit finden Sie in Anhang I.

(8) Mitversicherte Kinder haben erst Versicherungsschutz, wenn eine einjährige Wartezeit vorüber ist. Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben oder mit der Geburt des Kindes. Es gilt der jeweils spätere Zeitpunkt.

(9) In den folgenden Fällen erhalten Sie von uns keine Leistung für mitversicherte Kinder:

- Die Symptome für eine schwere Krankheit treten erstmals bereits im ersten Jahr auf, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben. Die Definition der schweren Krankheiten finden Sie in Anhang I.
- Die Symptome für eine schwere Krankheit treten erstmals bereits im ersten Lebensjahr des mitversicherten Kindes auf. Die Definition der schweren Krankheiten finden Sie in Anhang I.
- Die schwere Krankheit ist direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen, die bereits im ersten Lebensjahr des Kindes bestand. Das gilt auch, wenn die Vorerkrankung schon vor Abschluss des Vertrags oder bei der Adoption bestand. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich die schwere Krankheit durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Das bedeutet: Ihr Anspruch auf eine Leistung der Versicherung entfällt auch dann, wenn Sie von der Krankheit nichts wussten.

IV. Leistung bei Erwerbsunfähigkeit (wenn vereinbart)

(1) Wie die Erwerbsunfähigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II.

(2) Bei Erwerbsunfähigkeit besteht ein Anspruch auf Leistungen, wenn

- Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben,
- 6 Monate vergangen sind, seit die Erwerbsunfähigkeit eingetreten ist, und
- die Erwerbsunfähigkeit ohne Unterbrechung bestand.

(3) Wir bezahlen bis zum Alter von 55 Jahren die vereinbarte Summe. Ab 56 Jahren zahlen wir einen Anteil der vereinbarten Summe. Der Prozentsatz beträgt

- im Alter 56: 87,5 %,
- im Alter 57: 75 %,
- im Alter 58: 62,5 %,
- im Alter 59: 50 %.

Gemeint ist jeweils das Alter der versicherten Person bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit. Wenn das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen* größer ist als die vereinbarte Leistung bei Erwerbsun-

fähigkeit, zahlen wir dieses aus.

(4) Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit. Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben.

(5) Die Wartezeit entfällt, wenn

- körperliche Verletzungen durch einen Unfall der einzige Grund für die Erwerbsunfähigkeit sind und
- sich dieser Unfall in der Wartezeit ereignet hat.

(6) Ihr Vertrag endet am Monatsersten nach dem Monat, in dem der Anspruch auf Leistung der Versicherung entstanden ist. Ein Beispiel für Sie: Wenn am 1. Mai die Erwerbsunfähigkeit eintritt und ununterbrochen besteht, haben Sie ab dem 1. November einen Anspruch. Damit endet der Vertrag am 1. Dezember.

V. Leistung bei Pflegebedürftigkeit (wenn vereinbart)

(1) Wie die Pflegebedürftigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II.

(2) Bei Pflegebedürftigkeit besteht ein Anspruch auf Leistungen, wenn

- Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben,
- 6 Monate vergangen sind, seit die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, und
- die Pflegebedürftigkeit ohne Unterbrechung bestand.

(3) Wir bezahlen bis zum Alter von 55 Jahren die vereinbarte Summe. Ab 56 Jahren zahlen wir einen Anteil der vereinbarten Summe. Der Prozentsatz beträgt

- im Alter 56: 87,5 %,
- im Alter 57: 75 %,
- im Alter 58: 62,5 %,
- ab Alter 59: 50 %.

Gemeint ist jeweils das Alter der versicherten Person bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit. Wenn das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen* größer ist als die vereinbarte Leistung bei Pflegebedürftigkeit, zahlen wir dieses aus.

(4) Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit. Die Wartezeit beginnt, nachdem Sie den ersten Beitrag gezahlt haben.

(5) Die Wartezeit entfällt, wenn

- körperliche Verletzungen durch einen Unfall der einzige Grund für die Pflegebedürftigkeit sind und
- sich dieser Unfall in der Wartezeit ereignet hat.

(6) Ihr Vertrag endet am Monatsersten nach dem Monat, in dem der Anspruch auf Leistung der Versicherung entstanden ist. Ein Beispiel für Sie: Wenn am 1. Mai die Pflegebedürftigkeit eintritt und ununterbrochen besteht, haben Sie ab dem 1. November einen Anspruch. Damit endet der Vertrag am 1. Dezember.

VI. Leistung bei Berufsunfähigkeit (wenn vereinbart)

(1) Wie die Berufsunfähigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II.

(2) Bei Berufsunfähigkeit zahlen wir Ihnen eine Berufsunfähigkeitsrente in vereinbarter Höhe, wenn Folgendes erfüllt ist:

- Sie haben diesen Schutz mit uns vereinbart und
- die versicherte Person wird innerhalb der »*Versicherungsdauer* zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig.

Bitte beachten Sie: Wir zahlen die Berufsunfähigkeitsrente maximal über die verbleibende »*Leistungsdauer*. Die »*Versicherungs*- und »*Leistungsdauer* finden Sie in der »*Police*. Die Begriffe sind auch in der "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)" erklärt. Bitte lesen Sie diese Informationen, sie sind sehr wichtig.

(3) Die Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir je nach der vereinbarten »*Rentenzahlweise*: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Wir zahlen die Rente zu Beginn der »*Rentenzahlungsperiode*. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher »*Rentenzahlweise* zahlen wir die erste Rente anteilig bis zum Ende der laufenden »*Rentenzahlungsperiode.*

(4) Wir leisten auch wie in Absatz 2 beschrieben, wenn die versicherte Person wegen Pflegebedürftigkeit berufsunfähig wird. Wie die Pflegebedürftigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II. In diesem Fall leisten wir unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass

- Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben und
- die Berufsunfähigkeit in der *»Versicherungsdauer* eintritt, die wir für die Berufsunfähigkeit vereinbart haben.

(5) Der Anspruch auf Leistungen der Versicherung entsteht, wenn der Monat vorbei ist, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Wenn Sie uns die Berufsunfähigkeit später melden, leisten wir rückwirkend. Wir leisten dann für die Zeit, für die Sie die Berufsunfähigkeit nachweisen können.

(6) In § 2 Absatz 2 informieren wir Sie über die Beendigung des Vertrages. Dort finden Sie auch den Hinweis, dass der weitere Anspruch auf Leistungen erlischt. Diese Regel gilt nicht für die Leistung bei Berufsunfähigkeit. Wenn Sie eine Berufsunfähigkeitsrente erhalten, ändert sich Ihr Versicherungsschutz nicht. Bitte beachten Sie: Auch wenn Sie Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente haben, müssen Sie weiter Beiträge zahlen.

(7) In folgenden Fällen beenden wir die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente:

- Die »*Leistungsdauer* ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.
- Der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50 % oder die Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit besteht nicht mehr. Wie die Pflegebedürftigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II.

(8) Wenn wir die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente beenden, informieren wir Sie. Das gilt, wenn keine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 Prozent oder Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls. Die Zahlung der Rente endet, wenn die Berufsunfähigkeit nicht mehr besteht. Wenn die versicherte Person wegen der ursprünglichen Ursache wieder berufsunfähig wird, leisten wir wieder bis zum Ende der »*Leistungsdauer*. Dies gilt selbst dann, wenn die »*Versicherungsdauer* bereits vorbei ist.

(9) Der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit besteht weltweit.

(10) Wenn Sie bereits Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente haben, bleibt dieser Anspruch bestehen. Dies gilt auch, wenn ihr Vertrag endet wie in § 2 Absatz 2 beschrieben. Wenn Sie aber zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente haben, endet auch Ihr Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit. In diesem Fall machen wir Ihnen einen Vorschlag, wie Sie den vereinbarten Schutz bei Berufsunfähigkeit aufrechterhalten können. Wir bieten Ihnen eine zu diesem Zeitpunkt zum Verkauf offene selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung an. Die Berufsunfähigkeitsrente entspricht dabei der Höhe der bisher versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Für die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung gilt:

- Wir legen einen neuen Vertrag an.
- Dieser neue Vertrag ist rechtlich und steuerlich selbstständig.
- Für den neuen Vertrag gilt der dann aktuelle Tarif.

Diesen Vorschlag können Sie innerhalb von sechs Wochen annehmen. Eine erneute »Gesundheitsprüfung ist nicht erforderlich, um den Schutz bei Berufsunfähigkeit fortzusetzen.

VII. Gleichzeitigkeit versicherter Ereignisse

(1) Wenn mehrere schwere Krankheiten bei der versicherten Person auftreten, zahlen wir die Leistung insgesamt nur einmal.

(2) Wenn eine schwere Krankheit bei der versicherten Person eintritt und sie gleichzeitig erwerbsunfähig oder pflegebedürftig wird, gilt: Wir zahlen nur die Leistung für die schwere Krankheit.

(3) Wenn Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit gleichzeitig auftreten, und beide Leistungen ver-

einbart sind, zahlen wir nur die Leistung bei Pflegebedürftigkeit.

§ 4
Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen

Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum »*Leistungsfall* gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon. Im Einzelfall können wir mit Ihnen auch darüber hinaus noch weitere Leistungsausschlüsse vereinbaren. Diese finden Sie in Ihren individuellen Vertragsunterlagen. Beachten Sie außerdem, dass es bei einer fondsgebundenen Versicherung Einschränkungen gibt: Sie finden diese in § 14 Abschnitt III.

I. Todesfall

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person innerhalb von zwei Jahren nach Beginn des Vertrags besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir nur den ***»Rückkaufswert***. Diesen berechnen wir für den Zeitpunkt, an dem wir die Mitteilung über den Todesfall erhalten haben. Davon besteht diese Ausnahme: Wir leisten, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch entsprechende ärztliche Befunde nachgewiesen werden.

(2) Auch in den folgenden Fällen ist unsere Leistung auf den »***Rückkaufswert*** begrenzt. Diesen »***Rückkaufswert*** berechnen wir für den Zeitpunkt, an dem wir die Mitteilung über den Todesfall erhalten haben:

- Tod der versicherten Person durch innere Unruhen, bei denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Innere Unruhen sind beispielsweise gewalttätige Demonstrationen oder bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen.
- Tod der versicherten Person durch kriegerische Ereignisse. Ausnahme: Die versicherte Person verstirbt in Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

(3) Auch in den folgenden Fällen ist unsere Leistung auf den »***Rückkaufswert*** begrenzt. Diesen »***Rückkaufswert*** berechnen wir für den Zeitpunkt, an dem wir die Mitteilung über den Todesfall erhalten haben:

- Tod der versicherten Person durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen.
- Tod der versicherten Person durch den vorsätzlichen Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Diese Begrenzung der Leistung auf den »***Rückkaufswert*** gilt nur in diesen Fällen:

- Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
- Außerdem muss dieses Ereignis dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den ***»Berechnungsgrundlagen*** führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.

II. Schwere Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit

Schwere Krankheiten, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit können verschiedene Ursachen haben. Bei diesen Ursachen leisten wir nicht:

- Bei inneren Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Innere Unruhen sind beispielsweise gewalttätige Demonstrationen oder bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen.
- Bei kriegerischen Ereignissen. Wir leisten aber bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt in Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ein, an denen die versicherte Person nicht aktiv beteiligt war. Diese Ausnahme gilt aber nur bei kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
- Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei dem vorsätzlichen Einsatz oder vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen,

dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den *»Berechnungsgrundlagen* führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.

- Bei Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten oder bei der Einnahme von Gift. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung bei Berufsunfähigkeit.
- Bei Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführten Erkrankungen, Versuchen der Selbsttötung oder vorsätzlicher Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch entsprechende ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- Bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines »*Verbrechens* oder »*Vergehens* durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind davon nicht betroffen. Dies gilt beispielsweise für fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr.
- Wenn Sie vorsätzlich die schwere Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben. Wie schwere Krankheiten, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit für diese Bedingungen definiert sind, finden Sie in Anhang II.
- Bei Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein: Um diese abzuwehren und zu bekämpfen muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.

Ist die versicherte Person Angehöriger der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Einsatzkräfte (beispielsweise der Polizei) gilt außerdem:
Wir leisten nicht, wenn die schwere Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit verursacht wurde durch die Teilnahme

- an Missionen mit einem Mandat der Vereinten Nationen,
- an Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen,
- an Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen (beispielsweise der UNO) oder
- an Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Risiko.

Wir leisten aber, wenn der Versicherungsfall während humanitärer Hilfsdienste und Hilfeleistungen im Ausland eintritt. Voraussetzung dafür ist, dass die versicherte Person nicht an bewaffneten Unternehmungen beteiligt ist. Außerdem gilt dieser Ausschluss nicht für die Leistung bei Berufsunfähigkeit.

§ 5
Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie die »*Police* erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der in der »*Police* als Beginn der Versicherung angegeben ist.

Beiträge

§ 6
Beitragszahlung

I. Erster Beitrag

(1) Wenn Sie die »*Police* erhalten haben, zahlen Sie bitte Ihren ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen. Haben wir in der »*Police* einen späteren Termin für die Zahlung vereinbart? Dann zahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin. Ein wichtiger Hinweis: Sie haben von Anfang an keinen Versicherungsschutz, wenn Sie diese Fristen aus eigener Schuld versäumen.

(2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie an der unpünktlichen Zahlung nicht schuld sind.

(3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

Damit Sie weiter versichert sind, zahlen Sie bitte die folgenden Beiträge ebenfalls bis zu ihren Fälligkeitsterminen. Wenn Sie die Zahlung zum Tag der Fälligkeit vergessen haben, werden wir Ihnen eine Mahnung schicken. Wir setzen Ihnen in der Mahnung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Bezahlen Sie die offenen Beiträge nicht innerhalb der Frist, sind Sie nur noch eingeschränkt oder gar nicht versichert. Auf die rechtlichen Folgen werden wir Sie in der Mahnung hinweisen.
Wir können außerdem einen anderen »*Bewertungsstichtag* festsetzen (siehe § 15).

§ 7
Anlagerisiko - Beitragsberechnung

(1) Wir können nicht vorhersehen, wie sich Ihr Fondsvermögen entwickeln wird. Bitte beachten Sie: Wenn die Kurse steigen, dann steigt auch der Wert der Fondsanteile. Wenn die Kurse sinken, dann sinkt auch der Wert der Fondsanteile. Der Wert kann bis zum völligen Verlust des Fondsvermögens sinken.

(2) Um Ihren Beitrag bei Abschluss des Vertrags zu berechnen, machen wir je nach Laufzeit unterschiedliche Annahmen. Diese Annahmen betreffen

- die Entwicklung Ihres Fondsvermögens und
- die künftige »*Überschussbeteiligung*.

Wenn unsere Annahmen eintreten, gilt: Der vereinbarte Beitrag reicht aus, damit Sie bis zum Ende des Vertrags versichert sind. Haben Sie dazu Fragen? Über Einzelheiten informieren wir Sie gern.

(3) Wir werden beobachten, wie sich Ihr Fondsvermögens entwickelt. Wenn die Entwicklung ungünstiger ist als erwartet, kann es sein, dass wir Ihren Beitrag anpassen müssen. Der Beitrag muss ausreichen, damit Sie bis zum Ende des Vertrags versichert sind. Mehr dazu finden Sie in § 8.

(4) Ihr Vertrag endet vorzeitig, wenn Ihr Fondsvermögen nicht mehr ausreicht um

- Ihren Versicherungsschutz und
- die »*Kosten* für Ihre Versicherung

zu zahlen. Dann sind Sie nicht mehr versichert.

§ 8
Vertragsüberprüfung

(1) Ebenso wie die tatsächliche Entwicklung Ihres Fondsvermögens nicht vorhersehbar ist, kann sich auch die Höhe der »*Überschussbeteiligung* ändern. Diese oder die Entwicklung Ihres Fondsvermögens kann niedriger ausfallen als wir angenommen haben. Dann wird der vereinbarte Betrag nicht ausreichen, damit Sie über die gesamte »*Versicherungsdauer* versichert sind. Deshalb werden wir jährlich eine planmäßige Vertragsüberprüfung vornehmen, zum ersten Mal fünf Jahre nach Abschluss.

(2) Zusätzlich werden wir eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vornehmen, wenn

- Sie die Zahlung unterbrechen (Zahlungsunterbrechung),
- Sie nach einer Zahlungsunterbrechung wieder zahlen,
- Sie Ihre Beiträge reduzieren oder keinen Beitrag zahlen (Beitragsfreistellung) oder
- Sie nach einer Beitragsfreistellung wieder zahlen.

Mehr zur Zahlungsunterbrechung und Beitragsfreistellung finden Sie in § 10.

(3) Bei einer Vertragsüberprüfung setzen wir - falls erforderlich - Ihren Beitrag neu fest. Dieser Betrag ist nach unserer Einschätzung notwendig, damit Sie bis zum Ablauf der »*Versicherungsdauer* versichert sind. Diesen Betrag teilen wir Ihnen mit. Das gilt auch

- wenn Ihr Vertrag beitragsfrei ist und
- Sie nachzahlen müssen, damit Sie wie vereinbart bis zum Ablauf der »*Versicherungsdauer* versichert sind.

(4) Wir werden Ihnen gleichzeitig anbieten

- Ihren Beitrag oder
- den Versicherungsschutz

anzupassen. Bitte teilen Sie uns innerhalb von zwei Wochen mit, wie Sie sich entscheiden. Wir passen Ihren Vertrag dann ab dem nächsten Zahlungstermin an, nachdem wir Ihre Mitteilung erhalten haben.

(5) Sie können auch eine einmalige Zuzahlung leisten, damit Ihre Beiträge und Ihr Versicherungsschutz gleich bleiben. Wir informieren Sie darüber, wie hoch diese Zuzahlung sein wird.

(6) Bei einer planmäßigen Vertragsüberprüfung (siehe Absatz 1) können Sie auch entscheiden, dass Ihre Beiträge und Ihr Versicherungsschutz gleich bleiben. Auch wenn der Beitrag voraussichtlich nicht ausreichen wird, damit Sie über die »*Versicherungsdauer* versichert sind, können Sie sich dafür entscheiden. Bitte teilen Sie uns innerhalb von zwei Wochen mit, wie Sie sich entscheiden. Sonst gehen wir davon aus, dass Sie sich für diese Möglichkeit entschieden haben.
Bei einer außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung haben Sie diese Möglichkeit nicht. Mehr zur außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung finden Sie in Absatz 2.

(7) Ihr Vertrag endet vorzeitig, wenn Ihr Fondsvermögen nicht mehr ausreicht um

- Ihren Versicherungsschutz und
- die »*Kosten* für Ihre Versicherung

zu zahlen. Dann sind Sie nicht mehr versichert.

§ 9
Beitragsgarantie

Ihren vereinbarten Beitrag für den Versicherungsschutz garantieren wir für die ersten fünf Jahre nach Abschluss des Vertrags. Ausnahmen finden Sie in § 10.

§ 10
Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung

(1) Nach den ersten fünf Jahren können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten »***in Textform*** beantragen, Ihre Zahlung zu unterbrechen. Dies gilt jeweils zum nächsten Fälligkeitstermin. Sie können die Zahlung für mindestens drei und höchstens 24 Monate unterbrechen. Dafür zahlen Sie eine »*Gebühr*. Über Einzelheiten informieren wir Sie gern.

(2) Ihren Beitrag können Sie immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dafür zahlen Sie eine »*Gebühr*. Der Beitrag darf aber nicht unter 360 Euro jährlich liegen. Die Beitragssumme muss mindestens 3.600 Euro betragen. Wir passen unsere Leistung der neuen Beitragssumme an. Die Beitragssumme ist die Summe aller Beiträge, die Sie während der Laufzeit des Vertrages zahlen. Eine mögliche Beitragsgarantie nach § 9 endet.

(3) Die Zahlung Ihrer Beiträge können Sie auch immer zum nächsten Fälligkeitstermin ganz beenden. Bei Beitragsfreistellung vermindern wir das Fondsvermögen um einen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Mit diesem Abzug gleichen wir das veränderte Risiko und den veränderten Ertrag für die restlichen Versicherten aus. Daher halten wir den Abzug für angemessen.
Um den Abzug festzulegen, berücksichtigen wir Folgendes:

a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.

Über die Höhe des voraussichtlichen Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle beispielsweise in Ihrer »*Police*.

Wir reduzieren Ihren Abzug, wenn er in Ihrem Fall wesentlich niedriger ist. Bitte weisen Sie uns dies nach. Der Abzug entfällt, wenn unsere Annahmen auf Ihren Fall nicht zutreffen. Bitte weisen Sie uns auch dies nach.

Wenn Ihr Fondsvermögen bei der Beitragsfreistellung mindestens 3.000 Euro beträgt, passen wir unsere Leistungen an die neue Beitragssumme an. Erreicht Ihr Fondsvermögen nicht mindestens 3.000 Euro endet Ihr Vertrag. Wir zahlen Ihnen in diesem Fall den Betrag, den wir bei einer Kündigung auszahlen (siehe § 18).

(4) Der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit endet, wenn die Berufsunfähigkeitsrente nach der Anpassung unter 300 EUR jährlich sinkt.

(5) Für den verbleibenden Versicherungsschutz entnehmen wir dem Fondsvermögen weitere Beiträge, bis kein Fondsvermögen mehr vorhanden ist. Dann endet Ihr Vertrag.

(6) Wenn Sie wieder Beiträge zahlen möchten (»*Wiederherstellung*) prüfen wir das Risiko erneut.

Ausnahme: Sie haben eine feste Dauer vereinbart, in der Sie Ihre Zahlung unterbrechen. Die »*Gebühr* für diese *»Risikoprüfung* entnehmen wir dem Fondsvermögen.

(7) Wenn wir den Beitrag wie in Absatz 1 bis 6 beschrieben ändern, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb ist zuerst nur ein geringes Fondsvermögen vorhanden. Mehr dazu finden Sie in § 16 Absatz 2. Das kann dazu führen, dass das Fondsvermögen den notwendigen Mindestwert nicht erreicht. Damit können Sie den Vertrag nicht beitragsfrei stellen. In diesem Fall zahlen wir Ihnen den Betrag, den wir bei Kündigung auszahlen (siehe § 18). Damit endet Ihr Vertrag.

(8) Wenn Sie anerkannte oder festgestellte Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente haben, gilt: Auch wenn sich die Beiträge wie in Absatz 1 bis 6 beschrieben ändern, haben Sie weiter Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente. Auch die Höhe der gezahlten Berufsunfähigkeitsrente ändert sich nicht.

Änderungen der Leistungen und Beiträge

§ 11
Nachversicherung

(1) Sie können die vereinbarten Leistungen ohne erneute *»Gesundheitsprüfung* in bestimmten Fällen dadurch erhöhen, dass Sie höhere Beiträge zahlen. Diese Nachversicherung ist nur möglich, wenn eines dieser Ereignisse eintritt:

- Die versicherte Person heiratet oder begründet eine Eingetragene Lebenspartnerschaft (nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft, LPartG).
- Die versicherte Person wird Mutter oder Vater eines Kindes oder adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
- Die versicherte Person wird volljährig (am 18. Geburtstag).
- Die versicherte Person nimmt ein Darlehen auf, um eine selbstgenutzte Immobilie zu finanzieren. Dabei muss das Darlehen mindestens 50.000 EUR betragen.
- Die versicherte Person nimmt eine selbstständige berufliche Tätigkeit auf. Dies gilt nur, wenn für die Tätigkeit eine Mitgliedschaft in einer zuständigen Kammer erforderlich ist.

Für den erhöhten Teil der Leistung gilt:

- Wir legen einen zusätzlichen Vertrag an.
- Dieser neue Vertrag ist rechtlich und steuerlich selbstständig.
- Für den zusätzlichen Vertrag gilt der dann aktuelle Tarif.

(2) Die Nachversicherung ist nur möglich, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die Nachversicherung erfolgt innerhalb von drei Monaten, nachdem eines der Ereignisse (siehe Absatz 1) eingetreten ist. Dies müssen Sie nachweisen.
- Die Nachversicherung erfolgt innerhalb von zehn Jahren nach Abschluss des Vertrags. Wenn die versicherte Person bei Abschluss des Vertrags noch nicht volljährig war, gilt statt dessen: Die Nachversicherung erfolgt innerhalb von zehn Jahren, nachdem die versicherte Person volljährig geworden ist.
- Die versicherte Person ist nicht berufsunfähig, erwerbsunfähig oder pflegebedürftig. Sie leidet auch nicht an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen.
- Seit der letzten Nachversicherung sind mindestens 12 Monate vergangen.

(3) Für die Nachversicherung gelten die folgenden Grenzen:

- Wir erhöhen unsere Leistungen um höchstens 25 % der Leistungen, die wir zu Beginn des Vertrags vereinbart haben.
- Bei mehreren Erhöhungen betragen unsere Leistungen insgesamt höchstens 250 % der Leistungen, die wir zu Beginn des Vertrags vereinbart haben.
- Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente erhöhen wir um höchstens 6.000 Euro.
- Bei mehreren Erhöhungen darf die jährliche Berufsunfähigkeitsrente insgesamt nicht mehr als 30.000 Euro betragen.
- Die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten
  - bis 24.000 EUR: 70 % des jährlichen Bruttoeinkommens,
  - bis 30.000 EUR: 65 % des jährlichen Bruttoeinkommens,
  - ab 30.001 EUR: 55 % des jährlichen Bruttoeinkommens.

(4) Studierende und Auszubildende können ihre versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente ohne *»Gesundheitsprüfung* erhöhen, wenn sie einen Beruf aufgenommen haben. Dabei gelten folgende Einschränkungen:

- Die Erhöhung erfolgt innerhalb von 12 Monaten nach der der erstmaligen Aufnahme einer zeitlich unbefristeten beruflichen Tätigkeit nach der Ausbildung.
- Die Erhöhung erfolgt spätestens fünf Jahre nach Beginn der Versicherung.
- Bitte beachten Sie das in Absatz 3 beschriebene maximale Verhältnis zwischen versicherter Berufsunfähigkeitsrente und Bruttoeinkommen.
- Die Berufsunfähigkeitsrente kann sich höchstens um 12.000 EUR erhöhen, maximal verdoppeln.

(5) Bitte beachten Sie: Bei Nachversicherungen gelten auch für den zusätzlichen Versicherungsschutz wieder alle Wartezeiten.

§ 12
Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Gesundheitsprüfung

(1) Wenn Sie eine dynamische Erhöhung Ihres Vertrags vereinbart haben, erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen ohne erneute *»Gesundheitsprüfung*. Unsere Leistungen können aber höchstens 250 % der Leistungen betragen, die wir bei Beginn des Vertrags vereinbart haben. Ausnahme: Wir führen eine erneute *»Risikoprüfung* durch. Für die *»Risikoprüfung* zahlen Sie eine »*Gebühr*, die wir Ihrem Fondsguthaben entnehmen. Mehr dazu finden Sie in § 17.

(2) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen führen wir jeweils zum »***Stammtag*** durch. Die erste Erhöhung nach dem Beginn der Versicherung erfolgt dabei frühestens, nachdem ein volles Jahr vergangen ist.

(3) Sie können innerhalb von einem Monat nach dem Termin der Erhöhung auf die Beitragserhöhung ***»in Textform*** verzichten.
Ein Beispiel für Sie: Wenn die Erhöhung am 01.08.2017 erfolgt, können Sie bis zum 01.09.2017 auf die Erhöhung verzichten.

(4) Sie können die dynamischen Erhöhungen bei Abschluss des Vertrags zeitlich befristen. Falls Sie keine Befristung der Dynamik vereinbart haben, gilt: Wir führen keine Erhöhung mehr durch, wenn versicherte Person älter als 66 Jahre ist.

(5) Sobald Sie wegen Berufsunfähigkeit einen Anspruch auf Leistung haben, führen wir keine dynamischen Erhöhungen mehr durch. Wenn Sie wieder berufsfähig sind, können Sie die dynamischen Beitragserhöhungen wieder beantragen.

(6) Die Vereinbarungen zur dynamischen Erhöhung Ihres Vertrags finden Sie in Ihrer ***»Police***. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

Überschussbeteiligung

§ 13
Überschussbeteiligung

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (»***VVG***) an den »***Überschüssen*** und »***Bewertungsreserven*** (***»Überschussbeteiligung***).

I. Überschussermittlung

(1) Die »***Überschüsse*** stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (»***HGB***) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (»***VAG***) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.

(2) Die Höhe der künftigen *»Überschussbeteiligung* hängt davon ab

- wie oft und in welcher Höhe wir Leistungen erbringen und
- wie sich die »*Kosten* entwickeln.

Wir können nicht voraussehen, wie sich die *»Überschussbeteiligung* entwickelt. Wir können daher auch nicht sagen, wie hoch die »*Überschüsse* künftig sein werden. Das bedeutet: Wir können die Höhe der »*Überschüsse* nicht garantieren.

(3) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum *»Überschuss* bei. Deshalb ha-

ben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die *»Überschüsse* auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des *»Überschusses* beigetragen haben.

(4) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der fondsgebundenen Risikoversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

(1) Unser Vorstand legt auf Vorschlag des »***Verantwortlichen Aktuars*** die »***Überschüsse*** für die einzelnen Verträge für jedes Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen die Höhe der »***Überschüsse*** im Geschäftsbericht (»***Überschussdeklaration***). Das ist gesetzlich so geregelt.

(2) Die »*Überschüsse* kommen Ihnen sofort zugute. So profitieren Sie früher und in größerem Umfang von einer positiven Entwicklung der Fonds. Wir reduzieren dadurch die Entnahmen für »*Risikobeiträge* und »*Kosten* aus den Fonds auf unseren tatsächlichen Bedarf. Der tatsächliche Bedarf kann in bestimmten Grenzen von Kalenderjahr zu Kalenderjahr schwanken. Wenn sich der Bedarf ändert, werden wir Sie in der *»Jährlichen Mitteilung* informieren. Die aktuelle Höhe und die Grenzen für die »*Kosten* finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt.
Wie hoch die »*Risikobeiträge* sind, ist abhängig

- vom Alter der versicherten Person,
- von der restlichen Laufzeit des Vertrags und
- von der Entwicklung des Fonds.

Wie hoch Ihre »*Risikobeiträge* konkret sind, teilen wir Ihnen in der *»Jährlichen Mitteilung* mit.

(3) Wenn Sie Leistungen bei Berufsunfähigkeit mitversichert haben, zahlen wir bei Berufsunfähigkeit eine jährlich steigende oder gleichbleibende »*Gewinnrente*.
Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Berufsunfähigkeitsrente im vorigen Jahr (inklusive »*Gewinnrente*). Wie hoch dieser Prozentsatz ist, erfahren Sie in der »*Überschussdeklaration.*
Die »*Gewinnrente* zahlen wir erstmals an dem ***»****Stammtag*, an dem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Wir zahlen sie zusammen mit der Berufsunfähigkeitsrente aus.

III. Beteiligung an Bewertungsreserven bei Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente

(1) Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als »***Bewertungsreserve***. »***Bewertungsreserven*** verändern sich im Laufe der Zeit.

(2) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den »*Bewertungsreserven.* Das gilt für jedes Jahr, in dem Sie eine Berufsunfähigkeitsrente erhalten.
Wir beteiligen Sie je nach Anteil Ihres Vertrags am gesamten Bestand. Dabei berücksichtigen wir, dass verschiedene Arten von Versicherungen unterschiedlich zum *»Überschuss* beitragen. Jährlich nehmen wir eine »*Überschusszuteilung* vor, dabei weisen wir den *»Überschuss* den einzelnen Verträgen zu. Wenn wir die *»Überschüsse* festlegen, berücksichtigen wir die aktuellen »*Bewertungsreserven*.
Einzelheiten zu diesem Verfahren finden Sie in der »*Überschussdeklaration*.

(3) Während Sie eine Rente wegen Berufsunfähigkeit erhalten, bilden wir aus der Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* eine zusätzliche Rente. Es gelten dabei die gleichen Regeln wie für eine »*Gewinnrente*.

(4) Versicherungen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* berücksichtigen wir diese Regeln.

Fondsanlage

§ 14
Ihre Fondsauswahl

I. Fondsanlage

(1) Die Erträge Ihrer Fonds

- erhöhen entweder den Wert Ihrer Fondsanteile (thesaurierende Fonds) oder
- werden in zusätzliche Fondsanteile umgewandelt (ausschüttende Fonds).

(2) Weitere Informationen zur Fondsanlage finden Sie in § 15 und in Ihren Investmentinformationen.

(3) Ihre Fondsanteile führen wir als Sondervermögen. Das bedeutet: Wir trennen sie rechtlich von unserem übrigen Vermögen.

II. Fondswechsel

(1) Sie können jederzeit »***in Textform*** einen kostenlosen Fondswechsel beantragen. Dabei gibt es unterschiedliche Formen: Shift, Switch oder Shift & Switch.

- *Shift:* Ihr bisheriges Fondsvermögen schichten wir in Fondsanteile anderer Fonds um. Das können Fondsanteile eines oder mehrerer Fonds sein, die Sie mit Ihrem Vertrag wählen können. Künftig investieren Sie aber weiter in die bisher gewählten Fonds.
- *Switch:* Nur Ihre künftige Anlage erfolgt in einen oder mehrere andere Fonds. Das können nur Fonds sein, die Sie in Ihrem Vertrag wählen können. In jeden Fonds investieren Sie mindestens 10 % Ihres Beitrags, mindestens aber zehn Euro. Für Ihr bisheriges Fondsvermögen gilt diese Änderung nicht.
- *Shift & Switch:* Dabei erfolgen Shift und Switch gleichzeitig.

Sie können den Fondswechsel für sofort oder für einen Zeitpunkt in der Zukunft beantragen. Den *»Bewertungsstichtag* für Ihre Fondsanteile finden Sie in § 15.

(2) Bitte beachten Sie auch die Besonderheiten in Abschnitt III.

III. Besonderheiten bezüglich des Fondsinvestments

Externe *»Kapitalverwaltungsgesellschaften* führen und verwalten die Fonds, in die Sie mit Ihrer fondsgebundenen Versicherung investieren.
Wir können daher nicht beeinflussen, ob

- die Fonds über die gesamte Laufzeit des Vertrags bestehen bleiben,
- die Fonds ihre Anlagestrategie behalten und
- Verkäufe oder Ankäufe zugelassen sind.

Deshalb bewahren wir uns einen gewissen Handlungsspielraum, über den wir Sie hier informieren:

(1) Wir können einen Fonds, in den Sie investieren, aus dem Angebot streichen. Das gilt, wenn bei dem Fonds erhebliche Änderungen eingetreten sind. Voraussetzung ist, dass wir diese Änderungen nicht beeinflussen können.
Solche erheblichen Änderungen können sein:

- Die von uns beauftragte *»Kapitalverwaltungsgesellschaft* verliert ihre Zulassung für den Vertrieb. Oder sie stellt den Vertrieb ein oder verletzt ihre vertraglichen Pflichten erheblich.
- Der Fonds schneidet im Vergleich mit ähnlichen Fonds wesentlich schlechter ab.
- Ein renommiertes Ratingunternehmen wertet den Fonds deutlich ab.

Ein unabhängiger Treuhänder oder eine andere unabhängige Stelle muss prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Streichung gegeben sind. Und sie muss der Streichung zustimmen. In diesem Fall werden wir Ihnen einen kostenlosen Fondswechsel vorschlagen.

Sie können dann auch einen Antrag stellen, in einen anderen zur Verfügung stehenden Fonds zu wechseln. Dafür haben Sie vier Wochen Zeit. Wenn Sie nichts anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen.

(2) Wir können die Fondsauswahl für Shift, Switch oder Shift & Switch während der gesamten Laufzeit des Vertrags ändern oder erweitern. Davon betroffen sind keine Fonds, in die Sie investieren. Haben Sie Fragen zur jeweils aktuellen Fondsauswahl? Wir beantworten sie gern.

(3) Die *»Kapitalverwaltungsgesellschaft* kann einen von Ihnen gewählten Fonds

- schließen,
- auflösen oder
- den Ankauf von Anteilen einstellen oder einschränken.

In diesen Fällen werden wir Sie informieren. Wir werden Ihnen einen kostenlosen Fondswechsel in einen Fonds vorschlagen, der Ihrem bisherigen Anlageprofil entspricht.

Sie können dann auch einen Antrag stellen, in einen anderen zur Verfügung stehenden Fonds zu wechseln. Dafür haben Sie sechs Wochen Zeit. Wenn Sie nichts anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen.

Auch wenn diese Frist abgelaufen ist, können Sie einen kostenlosen Fondswechsel vornehmen. Mehr dazu finden Sie in Abschnitt II.

(4) Es kann vorkommen, dass eine *»Kapitalverwaltungsgesellschaft* die Rücknahme von Fondsanteilen einstellt oder einschränkt. Dann können wir unsere Leistung oder den »*Rückkaufswert* nicht vollständig ermitteln. Wir können nur den Wert der Anteile feststellen, die von der Änderung nicht betroffen sind. Dies gilt, wenn

- wir nicht dafür verantwortlich sind, dass die Rücknahme eingestellt oder eingeschränkt wurde, und
- wir nicht gesetzlich zu einer sofortigen Leistung verpflichtet sind.

Wenn die *»Kapitalverwaltungsgesellschaft* Anteile wieder zurücknimmt, werden wir die verbleibenden Fondsanteile so schnell wie möglich verkaufen. Dabei werden wir die Interessen aller unserer Versicherungsnehmer wahren. Dann werden wir die daraus entstehenden zusätzlichen Leistungen oder den zusätzlichen »*Rückkaufswert* ermitteln. Dies geschieht nach den allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Bitte beachten Sie: Die »*Bewertungsstichtage* in § 15 gelten in einem solchen Fall nicht mehr. Wenn die Rücknahme von Fondsanteilen nicht möglich ist, gibt es einige Besonderheiten. So dürfen wir in dieser Zeit

- Vorauszahlungen aus dem betroffenen Fonds (siehe § 19) und
- Fondswechsel (siehe Abschnitt II)

ablehnen.

§ 15
Bewertung der Fondsanteile

(1) Das Fondsvermögen ist der Wert Ihrer Fondsanteile in Euro. Es wird je Fonds berechnet und ergibt sich aus der Anzahl der Fondsanteile multipliziert mit dem **»***Rücknahmekurs* am **»***Bewertungsstichtag*.

(2) Beispielsweise veröffentlichen viele regionale und überregionale Zeitungen täglich den »*Rücknahmekurs*, so dass Sie sich laufend informieren können.

(3) Als »*Bewertungsstichtag* gilt:

- **für die Beiträge**
  der *»Börsentag* vor dem Tag, an dem Ihr Beitrag fällig ist. Wenn wir den Beitrag später erhalten, können wir den **»***Rücknahmekurs* am Tag des Beitragseingangs verwenden. Dies gilt nur, wenn Sie den verzögerten Eingang des Beitrags verursacht haben. Handelt es sich dabei nicht um einen *»Börsentag*, ist der folgende *»Börsentag* der **»***Bewertungsstichtag*.
- **bei einmaligen Zuzahlungen**
  der letzte **»***Börsentag* des Monats, in dem wir die Zuzahlung erhalten.
- **bei Leistung im Todesfall**
  der Tag, an dem wir die Meldung des Todesfalls »***in Textform*** erhalten. Handelt es sich dabei nicht um einen *»Börsentag*, ist der folgende *»Börsentag* der »*Bewertungsstichtag*.
- **bei Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit, einer Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit**
  der Tag, an dem wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben. Handelt es sich dabei nicht um einen *»Börsentag*, ist der folgende *»Börsentag* der »*Bewertungsstichtag*.
- **bei Fondswechsel**
  Shift: spätestens der 2. *»Börsentag* nach dem Tag, an dem Sie den Shift beantragt haben. Der *»Bewertungsstichtag* kann aber nicht vor dem Termin liegen, den Sie uns nennen. Möchten Sie einen Antrag stellen? Dann senden Sie uns bitte ein Fax an die Nummer 0551/70157199.
  Switch: wie bei Zahlung von Beiträgen.
- **bei Kündigung**
  der letzte *»Börsentag* des Monats, der dem »*Wirksamkeitstermin* der Kündigung unmittelbar vorangeht.
- **bei Beitragsfreistellung**
  der letzte *»Börsentag* vor »*Inkrafttreten* der Beitragsfreistellung. An diesem Termin setzen wir das Mindestfondsvermögen fest, das bei Beitragsfreistellung vorhanden sein muss.

- **bei Zahlungsunterbrechung**
  wie bei Beitragsfreistellung.
- **bei Vorauszahlung**
  der Tag, an dem Sie die Vorauszahlung beantragt haben. Der Antrag muss bis 12 Uhr mittags bei uns eingegangen sein. Handelt es sich dabei nicht um einen *»Börsentag*, ist der folgende *»Börsentag* der »*Bewertungsstichtag*. Wenn Sie die Vorauszahlung nach 12 Uhr mittags beantragen, gilt als »*Bewertungsstichtag* der darauf folgende *»Börsentag*. Möchten Sie einen Antrag stellen? Dann senden Sie uns bitte ein Fax an die Nummer 0551/70157199.
- **bei Ablauf der Versicherung**
  der letzte *»Börsentag* des Monats, der dem Termin unmittelbar vorangeht, an dem die Versicherung abläuft.
- **bei Umwandlung der Überschussanteile in Fondsanteile in der leistungspflichtigen Zeit bei Berufsunfähigkeit**
  der Tag, an dem der Überschussanteil fällig wird. Handelt es sich hierbei nicht um einen ***»Börsentag***, ist der folgende ***»Börsentag*** der ***»Bewertungsstichtag***.
- **bei Umwandlung der Beträge aus Fondsausschüttungen und Rückerstattung von Körperschaftsteuer (KSt) in Fondsanteile**
  der Tag, an dem die Fondsausschüttung oder die Rückerstattung der Steuer fällig wird. Handelt es sich hierbei nicht um einen *»Börsentag*, ist der folgende *»Börsentag* der »*Bewertungsstichtag*.

Kosten und Gebühren

§ 16
Abschluss- und Vertriebskosten

(1) Wenn Sie den Vertrag abschließen und wenn sich Ihre Beiträge während der Laufzeit erhöhen, entstehen »*Kosten*. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rechnung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) regelt, welche »*Kosten* dazu zählen.

Dazu gehören beispielsweise

- Provisionen für den Versicherungsvermittler,
- Kosten für die Prüfung des Antrags,
- Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
- Kosten für Werbung.

Ein Teil der Abschlusskosten fällt einmalig zu Beginn des Vertrags an. Einen anderen Teil verteilen wir über die Laufzeit des Vertrags.

(2) Bei Ihrem Vertrag wenden wir das Zillmerverfahren an. Das ist ein Verfahren zur Verrechnung der einmalig anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung. Das Zillmerverfahren bedeutet, dass Sie mit Ihren ersten Beiträgen diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zahlen. Außerdem verwenden wir Ihre Beiträge für:

- Leistungen im Versicherungsfall,
- laufende »*Kosten* für den Abschluss und die Verwaltung des Vertrags in der jeweiligen Versicherungsperiode und
- Bildung einer »*Deckungsrückstellung*.

Der Betrag, den Sie für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten mit Ihren ersten Beiträgen zahlen müssen, ist begrenzt: Nach der Deckungsrückstellungsverordnung zahlen Sie dafür maximal 2,5 % Ihrer gesamten Beiträge während der Laufzeit des Vertrags.

(3) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrages nur ein geringes Fondsvermögen vorhanden ist. Damit ist auch der »*Rückkaufswert* niedrig. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 10 und § 18.
Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 17
Gebühren

In bestimmten Fällen entsteht ein zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung. Wenn Sie diesen Aufwand veranlasst haben, zahlen Sie eine pauschale *»Gebühr*. Beispielsweise wenn

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für die »*Police* ausstellen,

- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen (Rückläufer im Lastschriftverfahren),
- Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen,
- wir Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen bearbeiten,
- Sie eine Übertragung der Fondsanteile statt der Auszahlung des *»Rückkaufswerts* verlangen.

Die Höhe der »*Gebühr* entspricht den Kosten, die in solchen Fällen durchschnittlich entstehen. Wir entnehmen die *»Gebühr* Ihrem Fondsvermögen. Die Höhe der *»Gebühr* finden Sie im jeweils aktuellen Gebührenkatalog. Diesen senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.

Die »*Gebühr* kann entfallen oder sinken, wenn

- unsere Annahmen nicht zutreffen oder
- der Aufwand geringer ist.

Bitte weisen Sie nach, dass ein solcher Fall vorliegt.

Kündigung und Vorauszahlung

§ 18
Rückkaufswert - Kündigung

(1) Sie können den Vertrag jederzeit zum nächsten Monatsersten kündigen. Damit endet Ihr Vertrag.

(2) In diesem Fall zahlen wir Ihnen den um den Abzug verminderten »*Rückkaufswert* nach Absatz 3.

Mehr dazu finden Sie in § 169 Versicherungsvertragsgesetz (»VVG).
Der »*Rückkaufswert* entspricht dem Wert des Fondsvermögens zum Zeitpunkt der Kündigung (Zeitwert). Wir zahlen aber mindestens den folgenden Betrag: den Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
Mehr zu den Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 16 Absatz 2.

(3) Vom *»Rückkaufswert* nehmen wir einen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Wenn Sie kündigen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Daher halten wir den Abzug für angemessen.
Um den Abzug festzulegen, berücksichtigen wir Folgendes:

a. Bei einer Kündigung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.

Wir reduzieren Ihren Abzug, wenn er in Ihrem Fall wesentlich niedriger ist. Bitte weisen Sie uns dies nach. Der Abzug entfällt, wenn unsere Annahmen auf Ihren Fall nicht zutreffen. Bitte weisen Sie uns auch dies nach. Über die Höhe des voraussichtlichen Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle beispielsweise in Ihrer »*Police*.

(4) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

(5) Wir können nicht voraussehen, wie sich die Kurse der Fondsanteile entwickeln. Daher können wir Ihnen auch nicht garantieren, wie hoch der »*Rückkaufswert* sein wird. Den »*Bewertungsstichtag* für Ihre Fondsanteile finden Sie in § 15.

(6) Wenn Sie kündigen, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrages verrechnen wir die Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb ist zuerst nur ein geringes Fondsvermögen und nur ein geringer »*Rückkaufswert* vorhanden. Mehr dazu finden Sie in § 16 Absatz 2. Auch in den folgenden Jahren erreicht der »*Rückkaufswert* nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.

(7) Bitte informieren Sie uns, wenn wir Ihnen statt des auszuzahlenden Betrages Ihre Fondsanteile auf ein Depotkonto übertragen sollen (Naturalleistung). Bitte beachten Sie dabei: Das Konto muss dafür geeignet sein und Sie zahlen dafür eine »*Gebühr.* Wünschen Sie mehr Einzelheiten? Bitte informie-

ren Sie uns, wir beantworten Ihre Fragen gern.

(8) Wenn Sie anerkannte oder festgestellte Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente haben, bestehen diese auch noch nach Ihrer Kündigung.

§ 19
Vorauszahlung

(1) Sie können eine Vorauszahlung aus dem Fondsvermögen beantragen, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Seit Beginn der Versicherung sind mindestens fünf volle Jahre vergangen.
- Das restliche Fondsvermögen reicht aus, damit Sie weiter versichert sind.

Dabei berücksichtigen wir

- die Entwicklung Ihres Fondvermögens,
- die Entnahmen für den vereinbarten Versicherungsschutz und
- die sonstigen »*Kosten* bis zum Ablauf des Vertrages.

(2) Den »*Bewertungsstichtag* für die Fondsanteile finden Sie in § 15.

(3) Wünschen Sie mehr Einzelheiten? Bitte informieren Sie uns, wir beantworten Ihre Fragen gern.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten, Mitwirkungspflichten

§ 20
Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Sie müssen daher die vorvertragliche Anzeigepflicht erfüllen. Dies bedeutet, dass Sie alle unsere in ***»Textform*** gestellten Fragen vor Abschluss oder Änderung des Vertrags richtig und vollständig beantworten. Dies gilt auch, wenn unser Vermittler Ihnen die Fragen stellt.

Besonders wichtig ist das bei Fragen zu

- Erkrankungen,
- gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

Wir beschreiben Ihnen im Folgenden die möglichen Konsequenzen, wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen. Die gesetzlichen Regeln zur Anzeigepflicht finden Sie in § 19 Versicherungsvertragsgesetz (***»VVG***).

(2) Wenn wir das Leben einer anderen Person versichern, beziehen sich unsere Fragen auch auf diese Person. Auch dann sind Sie für die richtige und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich. Die Antworten der versicherten Person werden Ihnen in diesem Fall zugerechnet.

II. Rücktritt

(1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, können wir vom Vertrag zurücktreten.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt haben, ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen. Wir können den Vertrag dann aber eventuell kündigen (siehe Abschnitt III).

Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzen, gilt: Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

(2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz.
Wir müssen aber ausnahmsweise doch leisten, wenn wir erst nach dem Eintritt eines »***Leistungsfalls*** vom Vertrag zurückgetreten sind. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie nachweisen, dass

- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des »***Leistungsfalls*** waren oder

- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht waren.

Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht arglistig verletzt haben, müssen wir nicht leisten.

(3) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, zahlen wir den bei einer Kündigung auszuzahlenden Betrag. Mehr dazu finden Sie in § 18. Sie haben keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

III. Kündigung

(1) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen, dabei aber nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig handeln, können wir den Vertrag kündigen. Dabei müssen wir eine Kündigungsfrist von einem Monat einhalten.

Wir können den Vertrag nicht kündigen, wenn wir diesen auch bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände abgeschlossen hätten. In diesem Fall können wir den Vertrag aber anpassen (siehe Abschnitt IV).

(2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei (siehe § 10).

(3) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben, aber daran nicht schuld sind, verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

IV. Vertragsanpassung

(1) Wenn

- Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht grob fahrlässig oder fahrlässig verletzt haben und
- wir bei Kenntnis der nicht oder falsch angezeigten Umstände den Vertrag zu anderen Bedingungen abgeschlossen hätten,

gilt: Diese anderen Bedingungen werden auf unseren Wunsch rückwirkend Bestandteil des Vertrags.

Wenn Sie an der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht schuld sind, verzichten wir auf unser Recht zur Anpassung des Vertrags.

(2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung von uns erhalten haben:

- Der Beitrag erhöht sich durch die Anpassung des Vertrags um mehr als 10 % oder
- wir versichern den nicht oder falsch angezeigten Umstand nicht.

Mehr zum Thema Kündigung finden Sie in § 18.

V. Ausübung unserer Rechte

(1) Unsere vorgenannten Rechte können wir nur in den ersten fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Wenn vor Ablauf der ersten fünf Jahre ein »***Leistungsfall*** eintritt, gilt: Wir können die Rechte noch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen, beträgt die Frist zehn Jahre.

(2) Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich ausüben. Die Frist beginnt, wenn wir erfahren haben, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben.

(3) Die Fristen gelten erneut, wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung die Versicherung wiederherstellen. Das gilt auch für jede Änderung, die unsere Leistung erweitert, wenn wir dafür eine erneute ***»Gesundheitsprüfung*** verlangen.

VI. Anfechtung

Unabhängig von unseren vorgenannten Rechten haben wir das Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten.

VII. Erklärungsempfänger

Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung Ihnen gegenüber aus.
Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten genannt haben, gilt: Im Falle Ihres Todes können wir die Erklärung einem Bezugsberechtigten gegenüber abgeben. Wenn kein Bezugsberechtigter vorhanden ist, können wir die Erklärung dem Inhaber der ***»Police*** gegenüber abgeben. Dies gilt auch, wenn wir den Aufenthalt des Bezugsberechtigten nicht feststellen können.

§ 21
Nachweise im Leistungsfall

I. Im Todesfall

(1) Bitte teilen Sie uns den Tod der versicherten Person so schnell wie möglich mit.

(2) Außerdem müssen Sie uns folgende Unterlagen schicken:

- die »***Police***,
- eine amtliche Sterbeurkunde mit Angaben zu Alter und Geburtsort und
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache. Darin muss auch der Beginn und Verlauf der Krankheit beschrieben sein, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.

(3) Um unsere Leistungspflicht zu klären, können wir weitere notwendige Nachweise verlangen oder erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die Kosten für die Nachweise zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht. Wir zahlen die Kosten, wenn die Nachweise dazu dienen, eine Einschränkung unserer Leistung zu prüfen.

II. Bei Eintritt einer schweren Krankheit (auch eines mitversicherten Kindes)

(1) Bitte informieren Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), wenn die versicherte Person oder ein mitversichertes Kind schwer erkrankt.

(2) Schicken Sie uns bitte außerdem folgende Unterlagen:

- die »*Police* sowie
- die ärztliche Diagnose der schweren Krankheit oder
- die ärztliche Indikation (medizinische Maßnahme) und
- den Operationsbericht für die Operation einer schweren Krankheit. Welche Krankheiten für diese Bedingungen als schwere Krankheiten definiert sind, finden Sie in Anhang I.

(3) Wenn ein mitversichertes Kind schwer erkrankt, schicken Sie uns bitte zusätzlich eine amtliche Geburtsurkunde. Bei einer Adoption schicken Sie uns bitte einen Nachweis der Adoption.

(4) Der Arzt erstellt diese Dokumente:

- die Diagnose der schweren Krankheit oder
- die Indikation und
- den Operationsbericht.

Der Arzt muss dabei diese beiden Voraussetzungen erfüllen:

- Er darf nicht die versicherte Person, der Versicherungsnehmer oder ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person sein. Er darf auch kein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter des mitversicherten Kindes oder des Versicherungsnehmers sein.
- Er muss in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt oder Facharzt besitzen. Er muss aktives Mitglied der dort ansässigen ärztlichen Vereinigung sein:
    - einem Mitgliedstaat der EU,
    - Australien,
    - Island,
    - Kanada,
    - Neuseeland,
    - Norwegen,
    - Schweiz,
    - USA.

(5) Medizinische Verfahren müssen die ärztliche Diagnose bestätigen. Diese Verfahren können sein:

- klinische Untersuchungen,
- radiologische Untersuchen,
- histologische Untersuchungen oder

- zytologische Untersuchungen.

Zusätzlich müssen Sie Unterlagen über Laboruntersuchungen vorlegen.
Mehr dazu finden Sie in Anhang I.

(6) Die Kosten für diese Untersuchungen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

III. Bei Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit

(1) Bitte informieren Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), wenn die versicherte Person erwerbsunfähig oder pflegebedürftig wird. Dies gilt, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben.

(2) Wenn Sie die Erwerbsunfähigkeit versichert haben, schicken Sie uns bitte diese Unterlagen:

- die »*Police*,
- eine Darstellung der Ursache der Erwerbsunfähigkeit,
- eine Erklärung, dass keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird,
- den Nachweis, dass die Erwerbsunfähigkeit bereits seit sechs Monaten besteht und noch weiter besteht. Wie die Erwerbsunfähigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II.
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens beschrieben sein. In den Berichten muss auch begründet sein, dass die Erwerbsunfähigkeit dauerhaft und vollständig ist.
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit. Die Unterlagen müssen auch die eingetretenen Veränderungen umfassen.

Wenn Sie Fragen haben, beantworten wir diese gerne.

(3) Wenn Sie die Pflegebedürftigkeit versichert haben, schicken Sie uns bitte diese Unterlagen:

- die »*Police*,
- eine Darstellung der Ursache der Pflegebedürftigkeit,
- den Nachweis, dass die Pflegebedürftigkeit bereits seit sechs Monaten besteht und noch weiter besteht. Wie die Pflegebedürftigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II.
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein.
- eine Erklärung, dass aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf ein Ende der Pflegebedürftigkeit besteht,
- eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist. Die Bescheinigung muss Art und Umfang der Pflege beinhalten.

(4) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

IV. Bei Berufsunfähigkeit

(1) Bitte informieren Sie uns über die Berufsunfähigkeit der versicherten Person unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern). Dies gilt, wenn Sie die Berufsunfähigkeit versichert haben.

(2) Bitte schicken Sie uns bei Berufsunfähigkeit diese Unterlagen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Diese Berichte müssen auch den Grad der Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit umfassen,
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, ihrer Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt, an dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Die Unterlagen müssen auch die eingetretenen Veränderungen umfassen.
- bei Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit schicken Sie uns zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

Wenn Sie Fragen haben, beantworten wir diese gerne.

(3) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

V. Weitere Nachweise

Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch Ärzte verlangen, die wir beauftragen. Wir können auch notwendige Nachweise anfordern, etwa über die wirtschaftlichen Verhältnisse und wie diese sich verändert haben. Dazu gehören besonders auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten dafür zahlen wir. Wenn eine ärztliche Begutachtung der versicherten Person oder der Kinder der versicherten Person notwendig ist, gilt: Wir können verlangen, dass die erforderlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Dies gilt besonders, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung und die üblichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen wir.

§ 22
Mitwirkungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder der Ansprucherhebende eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann haben Sie weiter die Ansprüche aus Ihrem Vertrag. Bei Berufsunfähigkeit gilt: Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind. Wir dürfen nur dann vollständig oder teilweise nicht leisten, wenn wir Sie über die Konsequenzen informiert haben.

§ 23
Ergänzende Rechte und Pflichten bei Berufsunfähigkeit

(1) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen nachdem wir die Unterlagen bekommen haben

- Sie über unsere Entscheidung zu unserer Leistungspflicht zu informieren oder
- weitere Unterlagen zum Prüfen von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden (zum Beispiel wenn wir ein neutrales Gutachten einholen).

Solange wir Sie nicht über unsere Leistungspflicht informiert haben, teilen wir Ihnen mindestens alle vier Wochen den aktuellen Stand mit.

Wir erkennen Leistungen zeitlich unbefristet an. Wenn Sie Leistungen wegen Berufsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, erkennen wir befristete Leistungen wegen Berufsunfähigkeit nur in begründeten Einzelfällen an. Dies ist dann nur einmalig für maximal 12 Monate möglich. Wir werden Ihnen die Gründe für eine befristete Anerkennung in unserer Erklärung über die Leistungspflicht mitteilen. Gründe können etwa sein:

- Voraussichtlich ändern sich Umstände, die für eine Beurteilung entscheidend sind, ob Berufsunfähigkeit vorliegt.
- Die versicherte Person absolviert eine Rehabilitation, Umschulung oder Wiedereingliederung, oder eine solche Maßnahme ist geplant.

Wenn wir eine Leistung befristet anerkennen, zahlen wir sie für den anerkannten Zeitraum auf jeden Fall. Wir werden in diesem anerkannten Zeitraum auch keine Nachprüfung durchführen. Wenn die Frist abgelaufen ist, werden wir über unsere Leistungspflicht neu entscheiden. Dazu werden wir zu dem Zeitpunkt aktuelle Unterlagen nach § 21 von Ihnen anfordern. Gezahlte Leistungen werden wir nicht zurückfordern, wenn keine Berufsunfähigkeit nach Ablauf der Frist vorliegt. Wir werden die Leistungen aus einer befristeten Anerkennung selbst dann nicht zurückfordern, wenn keine Berufsunfähigkeit vorgelegen haben sollte.

(2) Grundsätzlich muss die versicherte Person ärztliche Anordnungen nicht befolgen, um Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung zu erhalten. Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Verringerung des Schadens beizutragen. Dies bedeutet: Sie muss sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen unterziehen, die die Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit verbessern oder wiederherstellen. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen

- bei denen ein Arzt einen Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausschließen kann,
- mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und
- die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit

- Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung (zum Beispiel Blutkontrollen, Einhalten von

Diäten, Physiotherapie, Behandlung von Allergien) und
- die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (zum Beispiel Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfe) sowie
- logopädische Maßnahmen.

Nicht unter diese Pflicht zur Schadenminderung fallen Operationen. Ebenfalls nicht darunter fallen spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen mit regelmäßig unangemessen hohen Nebenwirkungen. Wenn die versicherte Person derartige Maßnahmen ablehnt, beeinflusst dies unsere Leistungspflicht nicht.

(3) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt haben, gilt: Wir dürfen im weiteren Verlauf den Grad der Berufsunfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit erneut prüfen. Wenn wir die Leistung beenden, informieren wir Sie »***in Textform***. Das gilt, wenn keine Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % oder Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.
Auch in diesem Fall leisten wir nicht mehr: Die versicherte Person übt eine neue berufliche Tätigkeit aus, die

- ihrer Ausbildung,
- ihren Fähigkeiten und
- ihrer früheren Lebensstellung

entspricht.
Wenn wir den Wegfall der Leistungspflicht bei einer Nachprüfung festgestellt haben, gilt abweichend zu § 3 Abschnitt VI. Absatz 8: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben.
Wenn es noch weitere Personen mit Ansprüchen auf Leistungen gibt, informieren wir diese ebenfalls »***in Textform.***

(4) Zur Nachprüfung können wir

- jederzeit sachdienliche Auskünfte verlangen und
- einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person verlangen. Diese Untersuchungen führt ein Arzt durch, den wir beauftragten.

Die Kosten für die Nachprüfung zahlen wir.
Bitte beachten Sie auch die Bestimmungen unter § 21 Abschnitt V.

(5) Bitte informieren Sie uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern), wenn

- sich die Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit mindert oder
- die versicherte Person wieder eine berufliche Tätigkeit aufnimmt oder sich die Tätigkeit ändert.

Sonstige Regelungen

§ 24
Leistungsempfänger

(1) Die Leistung erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner oder an Ihre Erben. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.

(2) Wir leisten gegen Vorlage der »***Police***. Wir werden aber nicht an den Inhaber der »***Police*** leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

(3) Zum vereinbarten Ablauftermin zahlen wir ein etwaiges Fondsvermögen aus.

§ 25
Bezugsberechtigung

(1) Sie können eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt benennen.

(2) Bis der Versicherungsfall eintritt, können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.

(3) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.

(4) Bitte informieren Sie uns »***in Textform***, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

§ 26
Abtretung - Verpfändung

(1) Sie können die Ansprüche aus dem Vertrag gegen eine »***Gebühr*** abtreten oder verpfänden. Bitte informieren Sie uns in »***in Textform*** über Ihre Änderungen. Nur dann sind sie wirksam.

(2) Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§ 27
Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Änderung des Namens, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)

(1) Sie müssen uns alle Informationen unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, die wir für die vorschriftsmäßige Durchführung des Vertrages benötigen. Dies beinhaltet insbesondere Informationen, die wir zur Erfüllung von gesetzlichenVerpflichtungen benötigen.

(2) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren bevorstehenden Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit.

(3) Falls Sie der Steuerpflicht in anderen Staaten als der Bundesrepublik Deutschland unterliegen, müssen Sie uns dies bei Vertragsabschluss mitteilen. Auch wenn eine Steuerpflicht im Ausland nach Vertragsabschluss entsteht oder wegfällt, müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren.

(4) Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag »***in Textform*** zu. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.

(5) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Deutschlands aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Deutschland ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

§ 28
Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

(1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

(2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine »***natürliche Person*** kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.

(3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.

(4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig. Dies gilt auch für einen Umzug nach Island, Norwegen oder in die Schweiz.

(5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach »***VVG*** und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

Anhang I: Beschreibung der versicherten schweren Krankheiten

Sie können die Versicherungsleistung beantragen, wenn die versicherte Person an einer der hier aufgeführten schweren Krankheiten erkrankt. Sie muss zudem zum Zeitpunkt der Erkrankung bei uns versichert sein. Beachten Sie bitte, dass die folgenden Punkte in einem Antrag nachgewiesen werden müssen:

1. Die Krankheit wird als schwer eingestuft. Hierfür haben wir in diesem Anhang die jeweiligen Kriterien angegeben. Diese müssen jeweils vollständig erfüllt sein.

2. Die Krankheit bestand noch nicht, als die Versicherung abgeschlossen wurde.

Unsere Experten und Ärzte bewerten die von Ihnen zur Verfügung gestellten Unterlagen.
Ihr Antrag hat nur Erfolg, wenn Sie die angegebenen Vorbedingungen für die Leistung vollständig erbringen.

Die verschiedenen bei uns versicherten Krankheiten finden Sie in diesem Anhang. Die genauen Einzelheiten zu den vereinbarten Leistungen finden Sie in § 2 und § 3 sowie in der *»Police*.

Ihr Antrag auf Versicherungsleistung
Wir möchten viele Fragen bereits im Vorfeld klären und Ihnen den Antrag auf Versicherungsleistung so leicht wie möglich machen. Daher haben wir zu jeder versicherten schweren Krankheit eine Liste der notwendigen Bedingungen zusammengestellt.

1. Schauen Sie in diesem Anhang, ob die schwere Erkrankung der versicherten Person unter die versicherten schweren Krankheiten fällt.

2. Prüfen Sie, ob die von uns angegebenen Kriterien für eine schwere Krankheit auf die versicherte Person zutreffen.

3. Achten Sie darauf, dass alle angegebenen Bedingungen erfüllt sind.

4. Lassen Sie sich die notwendigen Befunde und Behandlungsunterlagen (zum Beispiel Facharztberichte, Krankenhausberichte, Rehaberichte, Laborberichte, EKG, Röntgenbilder) geben.

5. Senden Sie uns die Unterlagen, die die Schwere der Erkrankung belegen, zusammen mit dem Antrag auf Versicherungsleistung.

Wir helfen Ihnen gern. Bitte kontaktieren Sie uns bei Fragen.

Achten Sie darauf, dass die benötigten Unterlagen vollständig sind!

Wenn wir die Befunde und Unterlagen erhalten haben, werden diese von unseren Experten und Ärzten geprüft. Sind die bei der schweren Krankheit aufgeführten Bedingungen vollständig erfüllt, übernehmen wir die vereinbarte Leistung entsprechend der Versicherungsbedingungen. Unter Umständen werden unsere Experten weitere Untersuchungen anfordern.

Inhaltsverzeichnis Anhang I:

1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)
2. Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)
3. Schlaganfall (Apoplektischer Insult)
4. Chronisches Nierenversagen (Anurie)
5. Krebs
6. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)
7. a) Multiple Sklerose - schubförmiger Verlauf
7. b) Multiple Sklerose - chronisch voranschreitender (progredienter) Verlauf

8. Lähmung
9. Kinderlähmung (Poliomyelitis)
10. Parkinson'sche Krankheit
11. Schwere Motoneuronerkrankung
12. Blindheit
13. Gehörlosigkeit
14. Verlust der Sprache
15. Verlust von Gliedmaßen
16. Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen
17. Schwere Kopfverletzung
18. a) Vorübergehendes Koma
18. b) Dauerhaftes Koma
19. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)
20. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)
21. HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion
22. HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit
23. Übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems
24. Tödliche Krankheit (Terminal Illness)
25. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien)
26. Operation der Hauptschlagader (Aorta)
27. Operation der Herzklappen
28. Organtransplantation
29. Aplastische Anämie
30. Schwerer Unfall
31. Rheumatische Arthritis (Polyarthritis)

1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Wir leisten bei einem schweren Herzinfarkt, der wie folgt definiert ist:

Ein Herzinfarkt ist ein plötzliches Ereignis mit Störung der Durchblutung im Herzmuskel, das zum Absterben von Herzgewebe führt.

Ein Herzinfarkt ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Typische klinische Symptome** (zum Beispiel das Auftreten der typischen Schmerzen in der Brust).
- **Frische EKG-Veränderungen,** die den Infarkt nachweisen.
- **Veränderte Blutwerte.** Ein Herzinfarkt muss durch eine Blutuntersuchung (anhand der herzspezifischen Marker) nachgewiesen werden. Bitte schicken Sie uns die Arztberichte mit den entsprechenden Nachweisen der veränderten herzspezifischen Marker.
- **Funktionsverlust.** Ein Herzinfarkt führt zu einer Vernarbung des Herzmuskels (Infarktnarbe). Durch die Infarktnarbe kommt es zu einer Verringerung der Ejektionsfraktion unter 55 %. Das bedeutet, dass die Blutmenge, die das Herz beim Zusammenziehen pumpt, auf einen Wert unter 55 % verringert ist. Diese Verringerung muss mit einer der folgenden Methoden nachgewiesen werden:
  - Echokardiographie
  - Szintigraphie
  - Eine andere medizinisch gleichwertige Methode

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

2. Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

Wir leisten bei einer schweren primären Erkrankung des Herzmuskels, die wie folgt definiert ist:

Eine primäre Erkrankung des Herzmuskels ist eine direkte Erkrankung, die nicht durch eine andere Krankheit ausgelöst ist.

Eine primäre Erkrankung des Herzmuskels ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Verringerte Herzleistung.** Die Beschwerden werden in der Einstufung der NYHA (New York Heart Association) dauerhaft in die Klasse IV eingeordnet. Das bedeutet, dass auch bei körperlicher Ruhe Atemnot besteht.
- **Längerfristig verringerte Ejektionsfraktion unter 30%**. Das bedeutet, dass die Blutmenge, die das Herz beim Zusammenziehen pumpt, auf einen Wert unter 30 % verringert ist. Längerfristig bedeutet, dass die Verringerung mindestens 3 Monate besteht. Diese Verringerung muss mit einer der folgenden Methoden nachgewiesen werden:
  - Echokardiographie
  - Szintigraphie
  - Eine andere medizinisch gleichwertige Methode
- **Dauerhafte Erweiterung der linken Herzkammer** auf mehr als 63 mm im Binnendurchmesser.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie den Leistungsausschluss.

Leistungsausschluss

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn eine sekundäre Erkrankung des Herzmuskels vorliegt. Eine sekundäre Erkrankung des Herzmuskels ist zum Beispiel die Folge einer anderen Krankheit oder einer Vergiftung. Von unserer Leistung ausgeschlossen sind daher zum Beispiel sekundäre Erkrankungen durch:
  - Hohen Blutdruck (Hypertonie)
  - Störungen in der Durchblutung des Herzmuskels (koronare Herzerkrankung)
  - Herzklappenfehler
  - Toxische Einflüsse (Vergiftungen)

3. Schlaganfall (Apoplektischer Insult)

Wir leisten bei einem schweren Schlaganfall, der wie folgt definiert ist:

Ein Schlaganfall ist ein plötzliches Ereignis mit Störung der Durchblutung im Gehirn, das zum Absterben von Hirngewebe führt.

Ein Schlaganfall ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Schlaganfallnachweis.** Der Nachweis des Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm (CT), ein Kernspintomogramm (MRI) oder andere gleichwertige, bildgebende Verfahren erfolgen.

- **Nachweis der Beeinträchtigungen.** Der Schlaganfall führt zu Beeinträchtigungen der Funktion des Gehirns. Dadurch kommt es zu Ausfällen von neurologischen Funktionen, deren Nachweis mit objektiven medizinischen Methoden erfolgt.
- **Funktionelle Einschränkungen.** Die durch den Schlaganfall entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu mindestens einer der folgenden funktionellen Einschränkungen:
    1. **Gehen.** Die versicherte Person ist nicht in der Lage, mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
        a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe) und
        b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.
    2. **Essen und Trinken.** Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke zu sich zu nehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
    3. **Sprechen.** Die versicherte Person kann nicht mehr sprechen. Sie benötigt Hilfsmittel (zum Beispiel Sprachcomputer) um mit der Umwelt zu sprechen.
    4. **Bewegung.** Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger Verlust der Funktion einer Gliedmaße vor. Das bedeutet, dass sie eine komplette Gliedmaße nicht mehr verwenden kann. Eine komplette Gliedmaße ist zum Beispiel ein Arm einschließlich der Hand oder ein Bein einschließlich des Fußes. Der vollständige Verlust der Funktion muss mit neurologischen Methoden nachgewiesen werden.
    5. **Sehen.** Die versicherte Person kann wegen des Schlaganfalls nicht mehr richtig sehen. Der Schlaganfall hat das Sehzentrum oder eine Nervenbahn im Gehirn beschädigt. Dadurch kam es zu einem Ausfall des Gesichtsfelds beider Augen. Bei beiden Augen muss mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein. Liegt eine solche Einschränkung vor, benötigen wir von Ihnen die entsprechenden Befunde von einem Augenarzt.
- **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Kinder unter 3 Jahren
Bei versicherten Kindern unter 3 Jahren wird die Beurteilung der obigen funktionellen Einschränkungen an die normale Entwicklung des Kindes angepasst. Es gelten die folgenden Voraussetzungen:
- Ein Schlaganfall muss nachgewiesen werden (siehe oben).
- Der Schlaganfall muss zu einer schweren und dauerhaften Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kindes führen.
- Die Beeinträchtigungen müssen durch neurologische Befunde nachgewiesen werden.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeiten.

Beurteilungszeitpunkt
Ob alle Voraussetzungen vorliegen, beurteilen wir frühestens 3 Monate nach der Diagnose Schlaganfall. Für die Beurteilung werden aktuelle neurologische Befunde benötigt.Die in § 3 Abschnitt II Absatz 3 genannte Frist von 28 Tagen wird somit durch 3 Monate ersetzt. Stirbt die versicherte Person vor Ablauf dieser 3 Monate, aber nach Ablauf von 28 Tagen, leisten wir unter folgender Voraussetzung:
- Die versicherte Person hat die oben genannten Voraussetzungen ununterbrochen vom Schlaganfall bis zum Tode erfüllt.

4. Chronisches Nierenversagen (Anurie)

Wir leisten bei einem schweren chronischen Nierenversagen, das wie folgt definiert ist:

Ein chronisches Nierenversagen ist der dauerhafte Verlust der selbstständigen Funktionsfähigkeit der Nieren .

Ein chronisches Nierenversagen ist schwer, wenn **eine** der zwei folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:
- **Regelmäßige und dauerhafte Dialyse (Dauerdialysebehandlung).** Ein Nierenarzt muss die Notwendigkeit einer regelmäßigen und dauerhaften Dialyse durch einen entsprechenden Befund belegen (nephrologischer Bericht).
- **Transplantation.** Der Bericht über die erfolgte Transplantation muss vorgelegt werden.

Unsere Leistungspflicht beginnt nach Beginn der Dauerdialysebehandlung oder nach erfolgter Transplantation.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

5. Krebs

Wir leisten bei einer schweren Krebserkrankung, die wie folgt definiert ist:

Krebs ist ein unkontrolliert wachsender Tumor mit den zwei folgenden zentralen Eigenschaften. Die Krebszellen

- wachsen unkontrolliert in die Umgebung oder in andere Organe ein und
- haben die Eigenschaft, Tochtergeschwüre (Metastasen) zu bilden.

Wir leisten auch bei den folgenden Krebserkrankungen:
- Leukämie
- bösartige Lymphome (Non-Hodgkin Lymphome)
- Morbus Hodgkin

Eine Krebserkrankung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Ärztliche Diagnose.** Die Diagnose muss durch entsprechende ärztliche Befunde belegt sein. Für Tumore ist hierfür ein feingeweblicher (histologischer) Befund nötig. Für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome ist ein zellnachweislicher (zytologischer) Befund notwendig.
- **Stadium der Erkrankung.** Das Stadium der Erkrankung erreicht je nach Krebsart mindestens den im Folgenden definierten Schweregrad:
  1. Leukämie mit dadurch bedingter Anämie (Blutarmut).
  2. Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin mindestens der Klasse 2 nach Ann Arbor Einstufung.
  3. Prostatakrebs der Stufe T2N0M0.
  4. Schilddrüsenkrebs mindestens Stufe T2 bzw. T2N0M0.
  5. Hautkrebs mit Fernmetastasen (Ausnahme: malignes Melanom).
  6. Malignes Melanom mit Tumorstadium T3 der TNM Klassifikation entsprechend einer Eindringtiefe von mehr als 1,5 mm nach Breslow-Methode.
  7. Blasenkrebs mindestens Stufe T2 bzw. T2N0M0.
  8. Alle sonstigen festen Tumore: Invasives Stadium, das heißt mindestens T1N0M0.

  Alle nicht-invasiven Stadien sowie prämalignen Formen erfüllen diese Voraussetzungen nicht. Insbesondere wird keine Leistung fällig bei:
  - Carcinoma in situ
  - Melanoma in situ
  - CIN-1 bis CIN-3
  - PAP-1 bis PAP-4

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und die Leistungsausschlüsse.

Wartezeit und Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  1. Krebs innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages diagnostiziert wird.
  2. Krebssymptome innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten.
  3. Tochtergeschwulste (Metastasen) auftreten, die auf eine Krebserkrankung zurückzuführen sind. Dies gilt, wenn die Tochtergeschwulste in den ersten 3 Monaten nach Zahlung des ersten Beitrags aufgetreten sind.
  4. eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung besteht. In einem solchen Fall bestehen für alle Stadien des Kaposi-Sarkoms oder andere bösartige Tumore kein Versicherungsschutz.
- **Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes** gilt erneut eine Wartezeit von 3 Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

6. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Wir leisten bei einem schweren gutartigen (benignen) Hirntumor, der wie folgt definiert ist:

Ein gutartiger (benigner) Hirntumor ist ein lebensbedrohlicher, aber nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

Ein gutartiger (benigner) Hirntumor ist schwer**,** wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Klinische Zeichen des Hirndruckes.** Der Hirntumor hat zu einer Erhöhung des Hirndruckes geführt, der durch klinische Zeichen nachweisbar ist. Darunter fallen zum Beispiel:
  - Papillenoedem am Sehnerv
  - Hirnleistungsstörung
  - Epileptische Anfälle
  - Beeinträchtigung der Bewegung (motorisch)
  - Beeinträchtigung der Empfindung (sensorisch)

  Wir benötigen von Ihnen die entsprechenden medizinischen Befunde.
- **Erfolgte Therapie oder fortgeschrittenes Stadium.** Nachweise und Befunde müssen zusätzlich mindestens eine der folgenden Bedingungen belegen:
  - Teilweise oder vollständige Entfernung des Tumors durch eine Operation.
  - Beginn der Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie.
  - Es ist nur noch eine lindernde (palliative) Behandlung möglich.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und die Leistungsausschlüsse.

Wartezeit und Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  1. Symptome des gutartigen Hirntumors innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten, oder
  2. eine Diagnose eines gutartigen Hirntumors innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt, oder
  3. ausschließlich die folgenden Veränderungen am Gehirn vorliegen:
     - Zysten
     - Verkalkungen
     - Granulome
     - Abszesse
     - Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns
     - Tumore der Hirnanhangsdrüse
     - Tumore der Zirbeldrüse
- **Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes** gilt erneut eine Wartezeit von 3 Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

7. a) Multiple Sklerose - schubförmiger Verlauf

Wir leisten bei schwerer multipler Sklerose mit schubförmigem Verlauf, die wie folgt definiert ist:

Die schubförmige verlaufende multiple Sklerose ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Die Erkrankung führt schubweise zum Verlust der Schutzhüllen um die Nervenfasern (Demyelinisierung).

Eine multiple Sklerose mit schubförmigem Verlauf ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis über die Art des Verlaufs.** Durch Befunde müssen mindestens zwei Schübe belegt werden.
- **Nachweis der Beeinträchtigungen.** Die multiple Sklerose führt zu Beeinträchtigungen der Funktion des Gehirns. Deren Nachweis muss mit objektiven medizinischen Methoden erfolgen.
- **Funktionelle Einschränkungen.** Die durch die multiple Sklerose entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu mindestens einer der folgenden funktionellen Einschränkungen:
  1. **Essen und Trinken.** Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
  2. **Gehen.** Die versicherte Person ist dauerhaft nicht in der Lage mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
     a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe)
     b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.
  3. **Sehen.** Die versicherte Person leidet unter einem Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom). Liegt eine solche Einschränkung vor, benötigen wir von Ihnen die entsprechenden Befunde von einem Augenarzt.
- **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und die Leistungsausschlüsse.

Wartezeit und Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - Symptome einer multiplen Sklerose innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten oder
  - eine Diagnose von multipler Sklerose innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.
- **Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes** gilt erneut eine Wartezeit von 3 Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

Mögliche Teilzahlung
Bei schwerer multipler Sklerose mit schubförmigem Verlauf leisten wir eine Teilzahlung, wenn alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Diagnose ist nach den oben stehenden Voraussetzungen nachgewiesen.
- Mindestens zwei Schübe der Erkrankung sind nachgewiesen.

Die Teilzahlung beträgt 50 % der vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch 20.000 EUR. Bei künftigen Leistungen wird die erbrachte Teilzahlung immer von der Leistung abgezogen. Das gilt für die folgenden Möglichkeiten:

a. Das Vollbild der schubförmigen multiplen Sklerose mit den oben aufgeführten Voraussetzungen wird nachgewiesen oder
b. die Voraussetzungen für eine andere durch diese Versicherung abgedeckte schwere Krankheit (keine multiple Sklerose) sind erfüllt.

In diesem Fall leisten wir das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen*, in jedem Fall aber die in der *»Police* angegebene Versicherungssumme. Bereits geleistete Teilzahlungen ziehen wir davon ab.

7. b) Multiple Sklerose - chronisch voranschreitender (progredienter) Verlauf

Wir leisten bei schwerer multipler Sklerose mit chronisch voranschreitendem Verlauf, die wie folgt definiert ist:

Die chronisch voranschreitende multiple Sklerose ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Die Erkrankung führt zu einem chronisch voranschreitenden Verlust der Schutzhüllen um die Nervenfasern (Demyelinisierung).

Eine multiple Sklerose mit chronisch voranschreitendem Verlauf ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis über die Art des Verlaufs.** Die folgenden Befunde sind nötig:
  - Erstdiagnose,
  - Nachweis, dass der Verlauf mindestens ein Jahr als chronisch voranschreitend eingestuft wird, und
  - Bestätigung der ersten Diagnose nach frühestens einem Jahr

  Bei chronisch voranschreitendem Verlauf wird daher die in § 3 Abschnitt II Absatz 3 genannte Frist von 28 Tagen durch ein Jahr ersetzt.
- **Nachweis der Beeinträchtigungen.** Die multiple Sklerose führt zu Beeinträchtigungen der Funktion des Gehirns. Deren Nachweis muss mit objektiven medizinischen Methoden erfolgen.
- **Funktionelle Einschränkungen.** Die durch die multiple Sklerose entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu mindestens einer der folgenden funktionellen Einschränkungen:
  1. **Essen und Trinken.** Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
  2. **Gehen.** Die versicherte Person ist dauerhaft nicht in der Lage mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
     a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe)
     b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.
  3. **Sehen.** Die versicherte Person leidet unter einem Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom). Liegt eine solche Einschränkung vor, benötigen wir von Ihnen die entsprechenden Befunde von einem Augenarzt.
- **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und die Leistungsausschlüsse.

Wartezeit und Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - Symptome einer multiplen Sklerose innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten oder
  - eine Diagnose von multipler Sklerose innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.
- **Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes** gilt erneut eine Wartezeit von 3 Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

Mögliche Teilzahlung
Bei schwerer multipler Sklerose mit chronisch voranschreitendem Verlauf leisten wir eine Teilzahlung, wenn alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die Diagnose ist nach den oben stehenden Voraussetzungen nachgewiesen.
- Der Verlauf über mindestens 1 Jahr ist gemäß der oben stehenden Voraussetzungen nachgewiesen.

Die Teilzahlung beträgt 50 % der vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch 20.000 EUR. Bei künftigen Leistungen wird die erbrachte Teilzahlung immer von der Leistung abgezogen. Das gilt für die folgenden Möglichkeiten:

a. das Vollbild der chronisch voranschreitenden Multiplen Sklerose mit den oben aufgeführten Voraussetzungen wird nachgewiesen oder
b. die Voraussetzungen für eine andere durch diese Versicherung abgedeckte schwere Krankheit (keine Multiple Sklerose) sind erfüllt.

In diesem Fall leisten wir das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen*, in jedem Fall aber die in der *»Police* angegebene Versicherungssumme. Bereits geleistete Teilzahlungen ziehen wir davon ab.

8. Lähmung

Wir leisten bei einer schweren Lähmung, die wie folgt definiert ist:

Eine Lähmung bezeichnet den Verlust der Funktion der Muskulatur als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit.

Eine Lähmung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Lähmung bestimmter Körperteile.** Zwei Arme, zwei Beine oder eine Körperhälfte sind vollständig gelähmt.
- **Dauerhaftigkeit.** Die Lähmung besteht dauerhaft und ist nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie besteht voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

9. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Wir leisten bei einer schweren Kinderlähmung, die wie folgt definiert ist:

Eine Kinderlähmung ist eine vollständige Lähmung der Muskulatur als Folge einer Infektion durch das Poliovirus.

Eine Kinderlähmung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Lähmungserscheinungen.** Die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form einer eingeschränkten Atmungsfunktion oder eingeschränkten Bewegungsfähigkeiten (motorischen Fähigkeiten) äußern.
- **Neurologische Ausfälle.** Die Infektion verursacht neurologische Ausfälle, die sich in Form von Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußern.
- **Dauerhaftigkeit.** Die Beeinträchtigungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

10. Parkinson'sche Krankheit

Wir leisten bei schwerer primärer Parkinson'scher Erkrankung, die wie folgt definiert ist:

Eine primäre Parkinson'sche Erkrankung ist eine degenerative Erkrankung des zentralen Nervensystems. Durch die Erkrankung kommt es zum Verlust (Degeneration) von Steuerungszentren im Gehirn, die von Dopamin (wichtiger Botenstoff) abhängig sind.

Eine primäre Parkinson'sche Erkrankung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Diagnose.** Ärzte müssen mögliche andere Diagnosen (Differentialdiagnosen) explizit ausschließen. Dazu gehören unter anderem alle sekundären Formen der Parkinson'schen Erkrankung.
- **Voranschreitender Verlauf.** Die Symptome zeigen einen voranschreitenden Verlauf krankheitsbedingter Ausfälle und Einschränkungen.
- **Nachweis einer Gehbehinderung.** Die Parkinson'sche Erkrankung führt zu Beeinträchtigungen der Bewegungsfähigkeit. Dadurch kommt es zu einer typischen Gehbehinderung, deren Nachweis neurologisch erfolgen muss.
- **Nicht behandelbar.** Die Erkrankung ist mit Medikamenten, einer Operation oder anderen medizinischen Methoden nicht ausreichend behandelbar.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

11. Schwere Motoneuronerkrankung

Wir leisten bei schwerer Motoneuronerkrankung, die wie folgt definiert ist:

Eine Motoneuronerkrankung ist ein unaufhaltsamer Verlust von Zellgruppen im Rückenmarkt und Hirnstamm, der zum Verlust von Bewegungsfähigkeit und Kraft führt. Sie äußert sich unter anderem als Amytrophe Lateralsklerose.

Eine Motoneuronerkrankung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis von Zerstörungen oder Substanzverlusten im zentralen Nervensystem.** Befunde müssen belegen, dass es durch Zerstörungen und Substanzverluste im zentralen Nervensystem zu neurologischen Funktionsausfällen kommt. Der Nachweis erfolgt mit medizinisch technischen Untersuchungen wie
  - bildgebenden Röntgenverfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - technisch vergleichbaren Verfahren,
  - künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.
- **Resultierende Funktionseinschränkung.** Die Motoneuronerkrankung führt zu einer erheblichen Gehbehinderung oder zu einer Beeinträchtigung im Gebrauch der Arme und Hände.
- **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten erheblichen Gehbehinderungen/Beeinträchtigungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und die Leistungsausschlüsse.

Wartezeit und Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - erstmalig Symptome in den ersten 3 Monaten nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten oder
  - eine Diagnose einer Motoneuronerkrankung in den ersten 3 Monaten nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.
- **Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes** gilt erneut eine Wartezeit von 3 Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

12. Blindheit

Wir leisten bei Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit), die wie folgt definiert ist:

Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit) ist ein unwiederbringlicher Verlust der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

Der Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit) ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Sehschärfe.** Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt nicht mehr als 6/60 oder 20/200. Alternativ belegt ein Arzt, dass das Sehfeld auf beiden Augen auf maximal 20° beschränkt ist.
- **Nicht behandelbar.** Die Erkrankung ist nicht zu behandeln.
- **Hilfsmittel.** Die versicherte Person kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel nicht ausreichend verbessern. Auf dem schlechteren der beiden Augen resultiert durch Hilfsmittel keine Sehschärfe von mehr als 6/60 oder 20/200. Oder es resultiert kein Sehfeld von mehr als 20°.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

13. Gehörlosigkeit

Wir leisten bei schwerer Gehörlosigkeit, die wie folgt definiert ist:

Gehörlosigkeit ist ein Verlust für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

Eine Gehörlosigkeit ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nicht behandelbar.** Die Erkrankung ist nicht zu behandeln.
- **Dauerhaftigkeit.** Dieser Hörverlust besteht dauerhaft und ist nicht vorübergehend. Das bedeutet, er besteht voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.
- **Hilfsmittel.** Die versicherte Person kann die Hörfähigkeit durch Hörhilfen nicht ausreichend verbessern. Dazu gehören zum Beispiel Hörgeräte, Implantate oder auch andere Hörhilfen. Dabei gilt die allgemeine medizinische Meinung. Die Hörhilfen können dabei die Hörfähigkeit nicht soweit verbessern, dass die versicherte Person auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel hört.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

14. Verlust der Sprache

Wir leisten bei schwerem Verlust der Sprache, der wie folgt definiert ist:

Ein Verlust der Sprache ist die Unfähigkeit, sich ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu verständigen.

Ein Verlust der Sprache ist schwer, wenn **die** folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- **Dauerhaftigkeit.** Der Verlust der Sprache besteht dauerhaft. Das bedeutet, er besteht voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse.

Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn der Verlust der Sprache auf
  - Entwicklungsstörungen oder
  - psychischen Störungen

  beruht.
- **Verlust der Sprache bei Kindern unter 3 Jahren.**
  Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert.

15. Verlust von Gliedmaßen

Wir leisten bei schwerem Verlust von Gliedmaßen, der wie folgt definiert ist:

Ein Verlust von Gliedmaßen ist der Verlust eines Großteils eines Arms oder eines Beins.

Ein Verlust von Gliedmaßen ist schwer, wenn **die** folgende Voraussetzung erfüllt ist:

- **Umfang des Verlusts.** Der Verlust betrifft beim Arm mindestens den kompletten Unterarm und einen Teil des Oberarms. Der Verlust betrifft beim Bein mindestens den kompletten Unterschenkel und einen Teil des Oberschenkels.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

16. Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Wir leisten bei schweren Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen, die wie folgt definiert sind:

Eine Verbrennung, eine Erfrierung oder eine Verätzung ist eine thermische, chemische oder elektrische Verletzung der Haut.

Eine Verbrennung, Erfrierung oder Verätzung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Dritter Schweregrad.** Die Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen entsprechen dem dritten Schweregrad.
- **Betroffene Körperoberfläche.** Sie betreffen mindestens 20 % der Körperoberfläche. Als Messkriterium gilt die Neuner-Regel oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

17. Schwere Kopfverletzung

Wir leisten bei schwerer Kopfverletzung, die wie folgt definiert ist:

Eine Kopfverletzung ist eine durch einen Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung entstanden ist.

Eine Kopfverletzung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis neurologischer Beeinträchtigungen.** Die Kopfverletzung führt zu Beeinträchtigungen der Funktion des Gehirns. Dadurch kommt es zu Ausfällen von neurologischen Funktionen. Der Nachweis muss mit objektiven medizinischen Methoden erfolgen.
- **Funktionelle Einschränkungen.** Die durch die Kopfverletzung entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu mindestens einer der folgenden funktionellen Einschränkungen:
  1. **Gehen.** Die versicherte Person ist nicht in der Lage, mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
     a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe) und
     b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.

2. **Essen und Trinken.** Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne fremde Hilfe vorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke zu sich zu nehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
3. **Sprechen.** Die versicherte Person kann nicht mehr sprechen. Sie benötigt Hilfsmittel (zum Beispiel Sprachcomputer), um mit der Umwelt zu sprechen.

- **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

18. a) Vorübergehendes Koma

Wir leisten bei schwerem vorübergehenden Koma, das wie folgt definiert ist:

Ein vorübergehendes Koma ist ein zeitlich begrenzter Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse.

Ein vorübergehendes Koma ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Dauer.** Der Zustand der tiefen Bewusstlosigkeit ist vorübergehend und muss für mindestens 96 Stunden andauern.
- **Künstliche Beatmung.** Während der gesamten 96 Stunden muss eine künstliche Beatmung notwendig sein.
- **Einschränkungen.** Das Koma führt durch neurologischen Funktionsverlust zu erheblichen Einschränkungen der motorischen, sensorischen oder kognitiven Fähigkeiten. Diese müssen:
  - geistige Behinderungen,
  - schwere Sprachstörungen,
  - schwere Lähmungserscheinungen oder
  - eine vergleichbare schwere Störung umfassen.
- **Zerstörungen oder Substanzverluste im zentralen Nervensystem.** Zusätzlich müssen Befunde die neurologischen Funktionsausfälle anhand von Zerstörungen und Substanzverlusten im zentralen Nervensystem nachweisen. Der Nachweis muss mit medizinisch-technischen Untersuchungen erfolgen:
  - Bildgebende Röntgen-Verfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - Technisch vergleichbare Verfahren oder
  - Künftige technische Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.
- **Dauerhafte Einschränkungen.** Die aufgeführten Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und Leistungsausschlüsse.

Karenzzeit und Leistungsausschluss

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - der Zustand als künstliches Koma im Rahmen einer medizinischen Behandlung herbeigeführt wurde.
- **Karenzzeit.** Die oben beschriebenen Einschränkungen müssen mindestens drei Monate angedauert haben. Ob alle Voraussetzungen vorliegen, beurteilen wir daher frühestens 3 Monate nach der Diagnose Koma. Für die Beurteilung werden aktuelle neurologische Befunde benötigt. Die in § 3 Abschnitt II Absatz 3 genannte Frist von 28 Tagen wird somit durch 3 Monate ersetzt.

18. b) Dauerhaftes Koma

Wir leisten bei schwerem dauerhaften Koma, das wie folgt definiert ist:

Ein dauerhaftes Koma ist ein dauerhafter Zustand tiefer Bewusstlosigkeit, ohne jegliche Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse.

Ein dauerhaftes Koma ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis der Dauerhaftigkeit.** Die versicherte Person befindet sich für mindestens 2 Monate durchgehend im Koma und der Zustand dauert noch weiter an. Fachärzte (zum Beispiel für Neurologie, Anästhesie, Intensivmedizin) müssen diese Diagnose und den Zustand durch entsprechende medizinische Unterlagen bestätigen.
- **Künstliche Beatmung.** Während der gesamten 2 Monate muss eine künstliche Beatmung notwendig sein.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und Leistungsausschlüsse.

Karenzzeit und Leistungsausschluss

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - der Zustand als künstliches Koma im Rahmen einer medizinischen Behandlung herbeigeführt wurde oder
  - die Dauer durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen ist.
- **Karenzzeit.** Die oben beschriebenen Bedingungen werden nach 2 Monaten überprüft. Ob alle Voraussetzungen vorliegen, beurteilen wir daher frühestens 2 Monate nach der Diagnose dauerhaftes Koma. Für die Beurteilung werden aktuelle neurologische Befunde benötigt. Die in § 3 Abschnitt II Absatz 3 genannte Frist von 28 Tagen wird somit durch zwei Monate ersetzt.

19. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Wir leisten bei schwerer bakterieller Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis), die wie folgt definiert ist:

Eine bakterielle Hirnhautentzündung ist eine Entzündung der Hirnhäute durch Bakterien. Die Hirnhäute schließen auch die Rückenmarkshäute ein.

Ein bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis) ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis der Einschränkungen.** Die bakterielle Meningitis führt durch neurologischen Funktionsverlust zu erheblichen Einschränkungen der motorischen, sensorischen oder kognitiven Fähigkeiten. Diese sind durch neurologische Befunde nachzuweisen. Sie umfassen zum Beispiel geistige Behinderungen, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.
- **Dauerhaftigkeit.** Die vorgenannten erheblichen Einschränkungen bestehen:
  a. **voraussichtlich dauerhaft.** Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren und sind nicht vorübergehend. Oder
  b. **unverändert bereits über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten.** Das bedeutet, die Einschränkungen bestehen unverändert für mindestens 3 Monate und es ist keine Besserung des Zustands absehbar. Ob alle Voraussetzungen vorliegen, beurteilen wir daher frühestens 3 Monate nach der Diagnose bakterielle Hirnhautentzündung. Für die Beurteilung werden aktuelle neurologische Befunde benötigt. Die in § 3 Abschnitt II Absatz 3 genannte Frist von 28 Tagen wird somit durch 3 Monate ersetzt.
- **Zerstörungen oder Substanzverluste im zentralen Nervensystem.** Zusätzlich müssen Befunde die neurologischen Funktionsausfälle anhand von Zerstörungen und Substanzverlusten im zentralen Nervensystem nachweisen. Der Nachweis muss mit medizinisch-technischen Untersuchungen erfolgen:
  - Bildgebende Röntgenverfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - Technisch vergleichbare Verfahren oder
  - Künftige technische Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse.

Leistungsausschluss

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn:
  - die versicherte Person HIV-infiziert ist.

20. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Wir leisten bei schwerer Hirngewebeentzündung (Enzephalitis), die wie folgt definiert ist:

Eine Hirngewebsentzündung (Enzephalitis) ist eine Entzündung des Gehirns durch Viren oder Bakterien.

Ein Hirngewebeentzündung (Enzephalitis) ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis der Einschränkungen.** Die Hirngewebeentzündung führt durch neurologischen Funktionsverlust zu erheblichen Einschränkungen der motorischen, sensorischen oder kognitiven Fähigkeiten.Diese sind durch neurologische Befunde nachzuweisen. Sie umfassen zum Beispiel geistige Behinderungen, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen.
- **Dauerhaftigkeit.** Die vorgenannten Einschränkungen bestehen
  a. **voraussichtlich dauerhaft.** Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über ei-

nen Zeitraum von 3 Jahren und sind nicht vorübergehend. Oder

b. **unverändert bereits über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten.** Das bedeutet, die Einschränkungen bestehen unverändert für mindestens 3 Monate und es ist keine Besserung des Zustands absehbar. Ob alle Voraussetzungen vorliegen, beurteilen wir daher frühestens 3 Monate nach der Diagnose Hirngewebsentzündung. Für die Beurteilung werden aktuelle neurologische Befunde benötigt. Die in § 3 Abschnitt II Absatz 3 genannte Frist von 28 Tagen wird somit durch drei Monate ersetzt.

- **Zerstörungen oder Substanzverluste im zentralen Nervensystem.** Zusätzlich müssen Befunde die neurologischen Funktionsausfälle anhand von Zerstörungen und Substanzverlusten im zentralen Nervensystem nachweisen. Der Nachweis muss mit medizinisch-technischen Untersuchungen erfolgen:
  - Bildgebende Röntgenverfahren,
  - Messungen der Nervenfunktion,
  - Technisch vergleichbare Verfahren oder
  - Künftige technische Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse.

Leistungsausschluss

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn:
  - die versicherte Person HIV-infiziert ist.

21. HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion

Wir leisten bei schwerer HIV-Infektion, erworben durch Bluttransfusion, die wie folgt definiert ist:

Die Infektion mit HIV ist nachweislich durch eine nach Versicherungsbeginn erfolgte Bluttransfusion verursacht.

Eine durch Bluttransfusion erworbene HIV-Infektion ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis der HIV-Infektion.** Der Nachweis muss belegen, dass der Eintritt der HIV-Infektion im Verantwortungsbereich einer der folgenden Quellen lag:
  - Der Hersteller des Blutprodukts oder
  - Das Krankenhaus oder die Institution, in der die Transfusion erfolgte.

  Dieser Nachweis ist durch ein rechtskräftiges Urteil zu führen. Alternativ kann die versicherte Person den Nachweis durch medizinisch-chemische Laboruntersuchungen aller Blutproben führen. Dafür müssen Sie die Ergebnisse aller entsprechenden Untersuchungen durch einen Laborarzt vorlegen.
- **Unterlagen zur Transfusion.** Sie müssen alle medizinischen Unterlagen über die durchgeführte Transfusion vorlegen.
- **Zugang zu allen Blutproben.** Wir erhalten Zugang zu allen Blutproben der versicherten Person. Dies beinhaltet auch einen Zugang zu den Proben des den Nachweis führenden Laborarztes.
- **Unabhängige Testung.** Wir erhalten die Möglichkeit, diese Blutproben unabhängig in Deutschland testen zu lassen.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse.

Leistungsausschluss

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - die versicherte Person an Bluterkrankheit (Hämophilie) leidet.

22. HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit

Wir leisten bei schwerer HIV-Infektion, erworben während der beruflichen Tätigkeit, die wie folgt definiert ist:

Die Infektion mit HIV ist nachweislich bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit und nach Versicherungsbeginn erfolgt.

Ein HIV-Infektion erworben während der beruflichen Tätigkeit ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Infektion bei Berufsausübung.** Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben.
- **Infektion durch Verletzung und Kontakt.** Die Infektion erfolgte durch eine Verletzung oder Kon-

takt beim beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten. Verletzung oder Kontakt erfolgten dabei mit HIV-haltigen Materialien. Der spezifische Vorfall bei dem die Infektion erfolgte, muss nachgewiesen werden.

- **Bluttest.** Die versicherte Person muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Vorfall in einem Bluttest nachweisen: Sie ist gegenwärtig nicht HIV positiv. Dazu ist ein Bluttest notwendig, der das Fehlen von HIV-Viren oder Antikörpern auf HIV-Viren im Blut nachweist.
- **HIV-Nachweis.** Das erstmalige Auftreten von HIV-Antikörpern (durch Serokonversion) muss innerhalb von 6 Monaten nach der Infektion erfolgen. Ein weiterer Bluttest muss HIV-Viren oder HIV-Antikörper innerhalb von 12 Monaten nach dem Vorfall nachweisen.
- **Meldepflicht.** Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet worden sein. Die Infektion muss dabei durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.
- **Auflistung der versicherten Berufe.** Der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein:
  - Ärzte/-innen (Allgemeinärzte/-innen, Fachärzte/-innen, etc.)
  - Zahnärzte/-innen
  - Krankenschwestern/-pfleger
  - Personal in medizinischen Einrichtungen
  - Hilfspersonal im Krankenhaus
  - Küchenpersonal im Krankenhaus
  - Reinigungspersonal im Krankenhaus
  - Arzthelfer/-innen
  - Zahnarzthelfer/-innen
  - Wäschereipersonal im Krankenhaus
  - Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
  - Heilpraktiker/-innen
  - Medizinisch-technische Assistenten/-innen
  - Pharmazeuten/-innen
  - Personal bei Beerdigungsinstituten
  - Polizisten/-innen und Angehörige der Bundespolizei oder des Justizvollzugsdiensts
  - Sanitäter/-innen
  - Hebammen/Geburtshelfer
  - Gefängnispersonal
  - Zahntechniker/-innen

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

23. Übrige Erkrankungen des Zentralen Nervensystems

Wir leisten bei schweren übrigen Erkrankungen des zentralen Nervensystems, die wie folgt definiert sind:

Eine übrige Erkrankung des zentralen Nervensystems hat die beiden folgenden Eigenschaften:

- Die Krankheit befällt das zentrale Nervensystem.
- Die Krankheit führt zu funktionellen Einschränkungen durch neurologische Funktionsausfälle.

Eine übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis der Beeinträchtigungen.** Die Erkrankung des zentralen Nervensystems führt zu Beeinträchtigungen der Funktion des Gehirns. Dadurch kommt es zu Ausfällen von neurologischen Funktionen. Der Nachweis muss mit objektiven medizinischen Methoden erfolgen.
- **Funktionelle Einschränkungen.** Die durch die schwere Erkrankungen des zentralen Nervensystems entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu mindestens einer der folgenden funktionellen Einschränkungen:
  1. **Gehen.** Die versicherte Person ist nicht in der Lage, mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
     a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe) und
     b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.
  2. **Essen und Trinken.** Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne fremde Hilfevorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke zu sich zu nehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
  3. **Sprechen.** Die versicherte Person kann nicht mehr sprechen. Sie benötigt Hilfsmittel (zum Beispiel Sprachcomputer) um mit der Umwelt zu sprechen.
  4. **Bewegung.** Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger Verlust der Funktion einer Gliedmaße vor. Das bedeutet, dass sie eine komplette Gliedmaße nicht mehr verwenden kann. Eine komplette Gliedmaße ist zum Beispiel ein Arm einschließlich der Hand, oder ein Bein einschließlich des Fußes. Der vollständige Verlust der Funktion muss mit neurologischen Methoden nachgewiesen werden.
- **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und

sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Wenn **alle** obigen Bedingungen erfüllt sind, leisten wir zum Beispiel bei:
- Morbus Alzheimer
- Frontotemporaler Demenz (Morbus Pick)
- Levy-Körperchen-Demenz
- Vaskulärer Demenz (Morbus Binswanger)
- Friedreich Ataxie
- Ataxia teleangiectatica
- Multipler Systematrophie
- Creutzfeldt-Jacob-Krankheit
- Corticobasaler Degeneration
- Neurosarkoidose
- Zerebralem Krampfanfallsleiden (Epilepsie)
- Lupus erythematodes mit Beteiligung des Gehirns
- Chronischer Hirndruckerhöhung (Hydrocephalus)
- Hirnvenenthrombose
- Neuro-Lues
- Neuroborreliose
- Thrombangiitis obliterans des Gehirns
- Kollagenosen mit Beteiligung des Gehirns
- Progressiver supranukleärer Blickparese

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Leistungsausschlüsse.

Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - die Erkrankungen des zentralen Nervensystems eine Folge des Versagens anderer innerer Organe sind.
  - es sich bei der Erkrankung des zentralen Nervensystems um eine psychiatrische Erkrankung handelt.
  - das spinale Nervensystems durch mechanische Einwirkung (Verengung des Wirbelsäulenkanals, Durchtrennung, Quetschung) geschädigt wurde. Zu einer solchen Schädigung kann es zum Beispiel durch einen Unfall, einen Tumor oder einen Bandscheibenvorfall kommen.
  - die versicherte Person das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat.
  - gleichzeitig eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung besteht.
  - die Erkrankungen des zentralen Nervensystems alkohol-, gift- oder drogenbedingt sind.
  - die Erkrankung des zentralen Nervensystems auf einen Selbsttötungsversuch zurückzuführen ist.

24. Tödliche Krankheit (Terminal Illness)

Wir leisten bei tödlicher Krankheit (Terminal Illness), die **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- **Tödliche Krankheit.** Die Krankheit ist fortschreitend und unheilbar und führt voraussichtlich innerhalb von 12 Monaten ab dem Leistungsantrag des Versicherten zum Tode.
- **Eindeutige Diagnose.** Die Diagnose muss durch einen Facharzt erfolgen. Der Facharzt darf den Patienten vorher nicht selbst behandelt haben. Ein Hausarzt ist kein Facharzt im Sinne dieser Bedingungen.
- **Keine weitere Behandlung möglich.** Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn keine weitere Behandlung der Erkrankung möglich ist und nur eine symptomatische und lindernde (palliative) Therapie erfolgt.

In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, einen weiteren Facharzt für eine Begutachtung hinzuzuziehen.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Leistungsbeschränkung und die Leistungsausschlüsse.

Leistungsbeschränkung und Leistungsausschluss

- **Einschränkung der Leistung.** Die Versicherungsleistung ist auf die Höhe der vereinbarten Leistung im Todesfall beschränkt. Mindestens leisten wir jedoch das *»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen*.
- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - gleichzeitig eine HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung besteht.

25. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien)

Wir leisten bei einer Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien), die **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- **Operation.** Bei der Operation wird der Brustraum geöffnet. Dazu gehört auch die sogenannte minimal invasive Methode. Die operative Korrektur erfolgt an zwei oder mehr Gefäßabschnitten.
- **Ziel der Operation.** Das Ziel der Operation ist das Beheben einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen.

Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und die Leistungsausschlüsse.

Wartezeit und Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - die Operation innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages durchgeführt wird.
- **Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes** gilt erneut eine Wartezeit von 3 Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

26. Operation der Hauptschlagader (Aorta)

Wir leisten bei einer Operation der Hauptschlagader (Aorta), die **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- **Operation.** Bei der Operation wird der Brust- oder Bauchraum geöffnet. Die Operation erfolgt an der Hauptschlagader (Aorta).
- **Ziel der Operation.** Das Ziel ist die Korrektur oder der teilweise Ersatz der Aorta. Diese behandelt eine Erweiterung (Aortenaneurysma), eine Verengung oder ein Einreißen der Aorta.

Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

27. Operation der Herzklappen

Wir leisten bei einer Operation der Herzklappen, die **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- **Operation.** Bei der Operation wird der Brustraum geöffnet. Die Operation erfolgt an den Herzklappen. Dazu gehört auch die sogenannte minimal invasive Methode.
- **Ziel der Operation.** Das Ziel ist die Korrektur oder der Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen.

Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen. Bitte beachten Sie die Wartezeit und die Leistungsausschlüsse.

Wartezeit und Leistungsausschlüsse

- **Kein Anspruch** auf Versicherungsleistung besteht, wenn
  - die Operation innerhalb der ersten 3 Monate nach Zahlung des ersten Beitrages durchgeführt wird.
- **Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes** gilt erneut eine Wartezeit von 3 Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

28. Organtransplantation

Wir leisten bei schwerer Organtransplantation, die wie folgt definiert ist:

Eine Organtransplantation ist die Übertragung eines Spenderorgans eines Fremdspenders auf den Empfänger.

Eine Organtransplantation ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Empfänger.** Die versicherte Person ist der Empfänger des Organs.
- **Versicherte Organe.** Es wird eines der nachfolgend genannten Organe transplantiert:
  - Herz (nur komplette Transplantation)
  - Lunge
  - Leber
  - Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der insulinproduzierenden Langerhans'Inseln allein)
  - Niere

- Blutstammzellen aus dem peripheren Blut oder Knochenmark eines Fremdspenders. Hierbei leisten wir nur, wenn vor der Transplantation das Immunsystem des Empfängers vollständig inaktiviert wurde.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

Kein Spenderorgan vorhanden
Wenn eine Organtransplantation wie oben definiert wegen Mangel eines Spenderorgans nicht möglich ist, leisten wir unter Umständen ebenfalls. Dafür gilt die obige Definition und es müssen ebenfalls **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sein:

- **Warteliste für Transplantationen.** Die versicherte Person befindet sich seit mindestens einem Jahr auf einer offiziell anerkannten Warteliste für Transplantationen. Das bedeutet, auf einer offiziell anerkannten Warteliste in Europa, USA oder Kanada. Das zuständige Transplantationszentrum bestätigt nach diesem Zeitraum eine der folgenden Bedingungen:
  - Weiterhin bestehende Voraussetzungen für einen Verbleib der versicherten Person auf der Transplantations-Warteliste oder
  - Das Verlassen der Transplantations-Warteliste wegen Verschlechterung des Gesundheitszustands.
- **Nachweis eines Facharztes.** Ein Facharzt belegt anhand von Befunden, dass die Transplantation die bestmögliche Behandlungsweise für die versicherte Person ist. Der Facharzt belegt zudem, dass die Erkrankung der versicherten Person lebensbedrohlich ist.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Nachweise, Befunde und Behandlungsunterlagen.

29. Aplastische Anämie

Wir leisten bei schwerer aplastischer Anämie, die wie folgt definiert ist:

Eine aplastische Anämie ist ein dauerhaftes Versagen des Knochenmarks bei der Bildung neuer Blutzellen.

Eine aplastische Anämie ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Labornachweis.** Die Laborwerte müssen eindeutig belegen, dass mindestens zwei von drei Zellarten des Blutes die normalen Werte dauerhaft unterschreiten:
  - Die Anzahl der Granulozyten (eine Gruppe der weißen Blutkörperchen) pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 500.
  - Die Anzahl der Retikulozyten (junge rote Blutkörperchen) pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 60.000.
  - Die Anzahl der Thrombozyten (Blutplättchen) pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 20.000.
- **Wiederholte Befunde.** Diese Befunde müssen in wiederholten Untersuchungen konstant nachgewiesen sein.

In Zweifelsfällen sind wir berechtigt eigene Laboruntersuchungen durchzuführen.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

30. Schwerer Unfall

Wir leisten bei einem schweren Unfall, der wie folgt definiert ist:

Ein schwerer Unfall führt zu einer der unten aufgeführten Beeinträchtigungen durch einen Unfall.

Ein schwerer Unfall muss der Definition eines Unfalls entsprechen. Das bedeutet, dass die Gesundheitsschädigung durch ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis entsteht.

Ein Unfall ist schwer, wenn mindestens einer der folgenden Fälle a. bis c. zutrifft. Dabei müssen im jeweiligen Fall alle Voraussetzungen erfüllt sein. :

a. **Vollständige und dauerhafte Lähmung** von zwei Armen oder zwei Beinen oder einer Körperhälfte. Diese jeweiligen Beeinträchtigungen bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.
b. **Schweres vorübergehendes oder dauerhaftes Koma.** Tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden ohne jegliche Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse. Der Zustand wurde nicht als künstliches Koma im Rahmen der medizinischen Behandlung herbeigeführt. Dabei gelten die entsprechenden Voraussetzungen in den Kapiteln
   - 18. a) vorübergehendes Koma oder
   - 18. b) dauerhaftes Koma.
c. **Schwere Kopfverletzung mit neurologischem Defizit.** Die Kopfverletzung führt zu Beeinträchti-

gungen der Funktion des Gehirns. Dadurch kann es zu starken körperlichen Einschränkungen kommen. Diese müssen mit neurologischen Methoden nachgewiesen werden. Die unten aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren. Für den Leistungsantrag müssen Sie mindestens eine der folgenden funktionellen Einschränkungen nachweisen:

1. **Gehen.** Die versicherte Person ist nicht in der Lage, mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
   a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe)
   b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.
2. **Essen und Trinken.** Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke zu sich zu nehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
3. **Sprechen.** Die versicherte Person kann nicht mehr sprechen. Sie benötigt Hilfsmittel (zum Beispiel Sprachcomputer), um mit der Umwelt zu sprechen.

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie oder Chirurgie nachgewiesen werden.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

31. Rheumatische Arthritis (Polyarthritis)

Wir leisten bei schwerer rheumatischer Arthritis (Polyarthritis), die wie folgt definiert ist:

Eine rheumatoide Arthritis ist eine chronische Gelenkentzündung mit Verformung und Zerstörung der Gelenke mit den folgenden Eigenschaften:

- Durch eine Fehlsteuerung des Immunsystems kommt es zu einer entzündlichen Verformung und Zerstörung der Gelenke.
- Die Zerstörung der Gelenke beruht nicht auf Abnutzung oder einem Verschleiß der Gelenke.

Eine rheumatische Arthritis (Polyarthritis) ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Betroffene Gelenke.** Es sind mindestens drei große Gelenke betroffen. Die großen Gelenke sind Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenke.
- **Funktionelle Einschränkungen.** Die durch die rheumatische Arthritis (Polyarthritis) entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu Einschränkungen. Die versicherte Person benötigt daher für mindestens drei der folgenden Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person:
  - Fortbewegen im Zimmer
  - Aufstehen und Zubettgehen
  - An- und Auskleiden
  - Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
  - Waschen und Baden/Duschen
  - Verrichten der Notdurft
  - Die Hilfe ist täglich und in erheblichem Umfang notwendig.
  - Der Hilfebedarf besteht auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.
- **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.
- **Eindeutige Befunde.** Die folgenden Befunde sind notwendig:
  - Facharztberichte,
  - Röntgenbefunde, die die Verformung der Gelenke zeigen,
  - Befunde, die nachvollziehbar dokumentieren, dass die Gelenkfunktionen eingeschränkt sind, und
  - Befund zum autoimmunen Krankheitsprozess

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

Anhang II: Definition der Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit

1
Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen

(1) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich dauerhaft und vollständig aus nachfolgenden Gründen außerstande ist, irgendeiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Anerkannte Gründe sind:
- Krankheit,
- Körperverletzung oder
- Kräfteverfall, der mehr als altersentsprechend ist.

Sie müssen den Grund für die voraussichtlich dauerhafte Erwerbsunfähigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

(2) "Dauerhaft" bedeutet, dass die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich länger als drei Jahre besteht. Außerdem darf aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit besteht.

(3) "Vollständig" bedeutet, dass es der versicherten Person nicht möglich ist, durchschnittlich mehr als drei Stunden pro Werktag einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.

(4) Als Erwerbstätigkeit im Sinne von "irgendeiner" Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit, für die es einen Arbeitsmarkt gibt. Dazu zählt auch jede selbständige Tätigkeit. Bei der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit werden die folgenden Faktoren nicht berücksichtigt:

- die Höhe der Einkünfte aus dieser Erwerbstätigkeit,
- die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person,
- die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten,
- die bisherige Stellung im Leben, besonders das bisherige im Beruf erzielte Einkommen und
- die Verhältnisse am Arbeitsmarkt. Es ist also unerheblich, ob entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung stehen.

Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers (zum Beispiel Deutsche Rentenversicherung Bund) über eine Erwerbsunfähigkeit ist nicht bindend. Auch wenn ein Sozialversicherungsträger die Erwerbsunfähigkeit anerkennt, liegt nicht unbedingt Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor.

(5) Die versicherte Person gilt auch als erwerbsunfähig, wenn sie 24 Monate aus nachfolgend genannten Gründen nicht erwerbstätig war. Anerkannte Gründe sind:
- Krankheit,
- Körperverletzung oder
- Kräfteverfall, der mehr als altersentsprechend ist.

Der Zustand muss über diese 24 Monate hinaus andauern und ist durch ärztliche Befunde nachzuweisen.

2
Pflegebedürftigkeit (Abhängigkeit von einer dritten Person) im Sinne der Bedingungen

(1) Pflegebedürftigkeit (Abhängigkeit von einer dritten Person) liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person benötigt für mindestens drei der folgenden sechs Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
- Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der notwendige Hilfebedarf ist weiter unten in Einzelheiten beschrieben.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand wird voraussichtlich dauerhaft sein.

Sie müssen den Grund für die voraussichtlich dauerhafte Pflegebedürftigkeit durch ärztliche Befunde belegen.

"Dauerhaft" bedeutet, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als drei Jahre besteht. Außerdem darf aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Wegfall der Pflegebedürftigkeit bestehen. Das ist besonders dann der Fall, wenn die restliche Lebenserwartung unter drei Jahren liegt.

Bei den sechs Tätigkeiten handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**
  Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person be-

nötigt, um sich
- an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort
- auf ebener Oberfläche
- von Zimmer zu Zimmer
fortzubewegen.
Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.

- **Aufstehen und Zubettgehen**
  Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person nicht alleine das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und Zubettgehen ermöglicht.

- **An- und Auskleiden**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht.

- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.

- **Waschen**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
  Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht.

- **Verrichten der Notdurft**
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann. Mögliche Gründe sind:
  - Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
  - Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
  - Sie kann ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.

  Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:
  - Windeln,
  - spezielle Einlagen,
  - Katheder oder
  - Kolostomiebeutel.

  Die Einschränkung gilt nur, wenn die versicherte Person die Hilfsmittel alleine anwenden kann. Benötigt sie dabei die Hilfe einer anderen Person, gilt diese Einschränkung nicht.

(2) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn die versicherte Person voraussichtlich dauerhaft in der Alltagskompetenz schwer eingeschränkt ist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die geistigen Fähigkeiten der versicherten Person haben sich durch eine organische Krankheit wie der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert.
- Die versicherte Person muss beaufsichtigt werden, um Gefährdungen zu vermeiden.

Die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz ist mit Standardtestverfahren nachzuweisen.

(3) Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten wegen einer seelischen Erkrankung wie beeinträchtigt sind. Dazu zählen zum Beispiel Depressionen.

(4) Eine Beaufsichtigung zur Vermeidung von Gefährdung bedeutet: Eine Person passt auf, dass die versicherte Person sich oder anderen Personen keinen Schaden zufügt. Gründe dafür können sein, dass die versicherte Person

- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt,
- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht,
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- die Situation falsch einschätzt und sich unangemessen tätlich oder verbal aggressiv verhält.

(5) Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem ärztlichen Experten für solche Krankheitsbilder gestellt werden.

3
Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen

(1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen nicht in der Lage, in ihrem Beruf tätig zu sein. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war.
- Der Grund hierfür ist:
  - Krankheit,
  - Körperverletzung oder
  - mehr als altersentsprechender Kräfteverfall.

  Sie müssen den Grund für die vollständige Berufsunfähigkeit durch ärztliche Befunde belegen.
- Die versicherte Person geht keiner anderen Tätigkeit nach, die ihrer Ausbildung und ihren Fähigkeiten entspricht und ihre bisherige Lebensstellung wahrt.

Wir betrachten das Einkommen und die soziale Wertschätzung des zuletzt ausgeübten Berufs, um die Lebensstellung zu bewerten. Wir beurteilen, ob eine Verringerung des Einkommens für die versicherte Person zumutbar ist. Dabei begrenzen wir die für die versicherte Person zumutbare Verringerung des Einkommens auf maximal 20 % des jährlichen Bruttoeinkommens. Sollte der Bundesgerichtshof einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Verringerung des Einkommens festlegen, so ist dieser auch für uns entscheidend. Im begründeten Einzelfall kann auch eine bereits heute unter 20 % liegende Verringerung des Einkommens unzumutbar in diesem Sinn sein.

(2) Bei Ärzten und Zahnärzten sowie Studenten der Medizin liegt eine vollständige Berufsunfähigkeit auch vor, wenn diese beiden Voraussetzungen vorliegen:

- Die versicherte Person darf wegen einer Infektionsgefahr keine Patienten behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot). Dafür muss eine Verfügung vorliegen, die auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruht.
- Das vollständige Tätigkeitsverbot erstreckt sich auf mindestens sechs Monate.

Um ein vollständiges Tätigkeitsverbot nachzuweisen, muss das Original oder eine amtlich beglaubigte Kopie der Verfügung vorgelegt werden. Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn:

- sie eine Tätigkeit tatsächlich ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung entspricht, und
- diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Wenn wir Leistungen wegen des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbringen, endet die Leistungsverpflichtung in folgenden Fällen:

- Das vollständige Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot sind weggefallen und die versicherte Person kann ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit ausüben. Die versicherte Person muss die andere Tätigkeit dabei aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausüben können. Sie muss auch der bisherigen Lebensstellung der versicherten Person im Sinne von Absatz 1 entsprechen.

Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe dafür müssen uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden. Hierbei gelten die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit. Mehr dazu finden Sie in § 23 Absatz 3 und 4.

(3) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber gelten besondere Regeln. Für sie liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person durch wirtschaftlich zumutbare Umorganisation eine Berufsunfähigkeit vermeiden kann. Das bedeutet, dass die versicherte Person nach der Umorganisation so weiter tätig sein könnte, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist. Der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person müssen die Umorganisation auch durchführen können. Die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers muss dabei nach Absatz 1 bestehen bleiben. Dies gilt ebenso für Gesellschafter-Geschäftsführer.

(4) Um bei Vollzeit-Studierenden eine Berufsunfähigkeit während des Studiums zu beurteilen, werden

die mit dem Studium möglichen Berufe zu Grunde gelegt. Das Mindestanforderungsprofil dieser Berufe wird ersatzweise als ausgeübter Beruf betrachtet.
Um bei Auszubildenden eine Berufsunfähigkeit während der Ausbildung zu beurteilen, ziehen wir das der Ausbildung entsprechende Berufsbild als Beruf heran.
Die Berufsunfähigkeit eines Beamten beurteilt sich unabhängig von einer Dienstunfähigkeit im beamtenrechtlichen Sinne allein nach Absatz 1.
Die Tätigkeiten von Schülern, Hausfrauen oder Hausmännern sehen wir als Beruf an. Nimmt die versicherte Person später eine Berufstätigkeit auf, ist nach Absatz 1 von diesem Zeitpunkt an der ausgeübte Beruf versichert.

(5) Es kann auch eine teilweise Berufsunfähigkeit vorliegen. Liegen die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad (zum Beispiel 50 %) vor, sprechen wir von einer teilweisen Berufsunfähigkeit.

(6) Eine versicherte Person gilt auch von Beginn an als berufsunfähig, wenn

- sie sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, beruflich tätig zu sein,
- der Zustand weiterhin andauert,
- die Berufsunfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall verursacht wurde und
- Sie die Ursache durch ärztliche Befunde nachweisen.

Die Berufsunfähigkeit kann vollständig oder teilweise vorliegen. Entscheidend ist der zuletzt ausgeübte Beruf der versicherten Person, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. In einem solchen Fall erbringen wir unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen hat. Bei verspäteter Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Dabei gelten alle oben aufgeführten Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit.

(7) Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, gelten besondere Regeln. In diesen Fällen gilt als versichert:

- die zuletzt vor dem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und
- die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung nach Absatz 1.

(8) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die versicherte Person vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch bei mehreren Elternzeiten hintereinander ohne Unterbrechung.

(9) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist. Mehr dazu finden Sie hier in Anhang II unter "2 Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen".

Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Ausgabeaufschlag
Der Ausgabeaufschlag ist die Gebühr, die Sie für den Kauf von Fondsanteilen zahlen.

Berechnungsgrundlagen
Berechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören der garantierte Zins, die **»***Kosten* und die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken.

Bewertungsreserven
Bewertungsreserven sind die Differenz aus dem Marktwert von Kapitalanlagen und dem Wert, den wir in der Bilanz ausweisen. Dieser kann wegen gesetzlicher Vorschriften geringer sein als der Marktwert (Niederstwertprinzip). Wenn die Bewertungsreserven positiv sind, erhalten Sie eine Beteiligung.

Bewertungsstichtag
Am Bewertungsstichtag wird festgestellt, welchen Wert Ihre Fondsanteile haben.

Börsentag
Börsentage sind diejenigen Tage, an denen eine Börse geöffnet hat und dort Handel stattfindet.

Deckungsrückstellung
Die Deckungsrückstellung ist der Wert, den wir in der Bilanz für unsere vertraglichen Verpflichtungen ansetzen. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass wir immer in der Lage sein müssen, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Fondsgebundene Risikoversicherung
Bei einer Risikoversicherung leisten wir nur, wenn ein festgelegtes Ereignis eintritt. Dieses Ereignis kann beispielsweise Berufsunfähigkeit oder Tod sein. Bei der Fondsgebundenen Risikoversicherung werden die gezahlten Beiträge außerdem in Fonds investiert. Wir entnehmen die Beiträge zur Finanzierung des Risikoschutzes und der »*Kosten* aus diesen Fonds.

Gebühr
Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als »*Kosten* zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrages aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 17.

Gesundheitsprüfung
Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 20. Auch wenn Sie während der Laufzeit die Leistungen erhöhen möchten, können wir eine Gesundheitsprüfung durchführen. Ausnahmen davon beschreiben wir in § 11.

Gewinnrente
Die Gewinnrente ist eine Form der *»Überschussbeteiligung*, die wir speziell bei Berufsunfähigkeit zahlen. Die jährlich zugeteilten »*Überschüsse* verwenden wir, damit Sie eine höhere Rente erhalten. Wenn in einem Jahr keine »*Überschüsse* anfallen, bleibt die Rente gleich.

HGB
Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (einer Beitragsfreistellung)
Bei diesem Inkrafttreten wird eine Beitragsfreistellung wirksam. Dies geschieht am ersten Tag eines Monats.

Jährliche Mitteilung
Einmal im Jahr erhalten Sie von uns eine Mitteilung über den aktuellen Stand Ihres Vertrags. Darin teilen wir Ihnen beispielsweise mit, wie hoch Ihr Guthaben ist und wie Ihre Beiträge im vergangenen Jahr verwendet wurden.

Kapitalverwaltungsgesellschaft
Bei dieser Versicherung investieren Sie in Fonds. Diese Fonds werden nicht von uns, sondern von externen Kapitalverwaltungsgesellschaften aufgelegt und verwaltet.

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den »*Gebühren* sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 16. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

Leistungsdauer
Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir eine vereinbarte Leistung höchstens erbringen. Das kann beispielsweise eine Berufsunfähigkeitsrente sein. Das Ende der Leistungsdauer kann nach dem Ende der »***Versicherungsdauer*** liegen.
Ein Beispiel für Sie: Tritt der »***Leistungsfall*** (die Berufsunfähigkeit) in der »***Versicherungsdauer ein***, erbringen wir die Leistung (die Berufsunfähigkeitsrente) bis zum Ende der Leistungsdauer.
Die Leistungsdauer Ihres Vertrags finden Sie in Ihrer »Police.

Leistungsfall
Der Leistungsfall ist das Ereignis, das die vertraglich vereinbarte Leistung auslöst. Das kann beispielsweise Berufsunfähigkeit, eine schwere Krankheit oder Tod sein.

natürliche Person
Juristische Personen sind beispielsweise Unternehmen. Im Gegensatz dazu sind natürliche Personen Menschen. Diese Bezeichnung tritt meist im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten auf, die diese Personen haben.

Police (Versicherungsschein)
Die Police ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

Rentenzahlungsperiode
Die Rentenzahlungsperiode richtet sich nach der »***Rentenzahlweise***. Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche »***Rentenzahlweise***. Die Rentenzahlungsperioden legen wir vom »***Stammtag*** der Versicherung aus fest. Ist der »***Stammtag*** der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher »***Rentenzahlweise***, so gibt es jährlich zwei Rentenzahlungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Rentenzahlweise
Die Rentenzahlweise ist der Rhythmus, in dem wir eine Rente zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrages festgelegt.

Risikobeiträge
Die Risikobeiträge sind die Teile Ihrer Beiträge, mit denen wir die mögliche Leistung finanzieren. Diese sind in Ihren Beiträgen bereits enthalten.

Risikoprüfung
Vor Abschluss der Versicherung und bei der Erhöhung von Leistungen stellen wir Ihnen verschiedene Fragen. Diese betreffen die Gesundheit der versicherten Person (*»Gesundheitsprüfung*), aber auch beispielsweise Ihren Beruf oder Ihr Einkommen. Es ist wichtig, dass Sie die Fragen richtig beantworten. Anhand der Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag wie von Ihnen gewünscht annehmen.

Rückkaufswert
Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des Fondsvermögens zum Zeitpunkt einer Kündigung (Zeitwert). Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir bei einer Kündigung auszahlen. Mehr zum Rückkaufswert finden Sie in § 18. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und des auszuzahlenden Betrages bei Kündigung Ihres Vertrages finden Sie beispielsweise in Ihrer »*Police*.

Rücknahmekurs
Der Rücknahmekurs ist der Preis, den die *»Kapitalverwaltungsgesellschaft* bei der Rückgabe von Fondsanteilen zahlt. Der Rücknahmekurs wird an jedem *»Börsentag* ermittelt.

Stammtag
Der Stammtag ist der erste Tag des Monats, in dem die Versicherung abläuft. Den Ablauftermin Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Textform
Die Textform ist eine Form für die Abgabe von Willenserklärungen im Rechtsverkehr (beispielsweise auf Papier oder in einer E-Mail). Eine Unterschrift ist hier nicht nötig.

Überschussdeklaration
In unserem Geschäftsbericht veröffentlichen wir die Überschussdeklaration. Dort informieren wir über die Höhe der Überschussanteile für die einzelnen Tarife in einem Kalenderjahr. Sie finden den jeweils aktuellen Geschäftsbericht im Internet unter www.gothaer.de.

Überschuss, Überschussbeteiligung
Überschüsse entstehen, wenn weniger »*Leistungsfälle* eintreten, als wir bei unserer Berechnung angenommen haben. Sie können auch entstehen, wenn die »*Kosten* geringer sind, als wir ursprünglich angenommen haben. Durch die Überschussbeteiligung geben wir die erzielten Überschüsse an die einzelnen Verträge weiter.

Überschusszuteilung

Die Überschusszuteilung bezeichnet die Höhe der »***Überschüsse,*** die wir einem Vertrag zuweisen.

um ein Prozent erhöhtes Fondsvermögen
Das um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen ist das jeweils vorhandene Fondsvermögen sowie ein zusätzlicher Betrag von 1% des vorhandenen Fondsvermögens.

VAG
Abkürzung für Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz).

Verantwortlicher Aktuar
Der Verantwortliche Aktuar stellt unter anderem sicher, dass wir die vertraglich zugesagten Leistungen erbringen können. Dafür prüft er beispielsweise, ob die berechneten Beiträge ausreichend sind. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen.

Verbrechen
Ein Verbrechen ist eine rechtswidrige Tat, die mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr bestraft wird.

Vergehen
Ein Vergehen ist eine rechtswidrige Tat, für die die Mindest-Freiheitsstrafe unter einem Jahr liegt. Vergehen können auch mit einer Geldstrafe bestraft werden.

Versicherungsdauer
Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn bis Ende der Versicherung oder eines Teils der Versicherung. Für verschiedene Leistungen, beispielsweise Tod und Berufsunfähigkeit, können auch unterschiedliche Versicherungsdauern vereinbart werden.

VVG
Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wiederherstellung
Wenn Ihr Vertrag für einen gewissen Zeitraum beitragsfrei war, können Sie unter bestimmten Umständen die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Dann sprechen wir von einer Wiederherstellung. Näheres dazu erfahren Sie in § 10.

Wirksamkeitstermin (einer Kündigung)
Der Wirksamkeitstermin ist der erste Tag in einem Monat, in dem eine Kündigung wirksam wird.