



Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Grundfähigkeitsversicherung (GN311010_202401)

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Leistung

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann liegt ein Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen vor?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?
- § 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?
- § 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?
- § 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 12 Wer erhält die Leistung?

Beitrag

- § 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 14 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn

- § 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

Kosten

- § 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?
- § 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 21 Was gilt für unsere Kapitalanlage?
- § 22 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?
- § 23 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 25 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Begriffsbestimmungen

Anlage zum Zusatzbaustein volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung: Auszug aus dem ICD-10-GM-2018 (Stand 01.01.2018), Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00 - F99)

Einführung

Die Allgemeinen Bedingungen für die NÜRNBERGER Grundfähigkeitsversicherung bezeichnen wir als AVB. Die AVB enthalten die Regelungen für die Leistung bei einem Verlust oder einer starken Beeinträchtigung einer versicherten Grundfähigkeit sowie für alle optionalen Zusatzbausteine.

Bitte beachten Sie: Die in den nachfolgenden Bedingungen verwendeten Begriffe der "Grundfähigkeit", "Pflegebedürftigkeit", "Erwerbsminderung" oder "Arbeitsunfähigkeit" stimmen nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung oder Arbeitsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankentagegeldversicherung überein.



Beinhaltet ist immer Versicherungsschutz im Umfang des

Kompakt-Schutzes:

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Gebrauch einer Hand
- Fingerfertigkeit
- Greifen und Halten
- Gebrauch eines Armes
- Treppen steigen
- Gehen
- Stehen
- Sitzen
- Gleichgewichtssinn
- Gesetzliche Betreuung
- Intellekt
- Orientierung
- Pflegebedürftigkeit

sowie

- Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz

Diesen Schutz können Sie mit folgenden optionalen Zusatzbausteinen passend erweitern:

Zusatzbaustein Büro - optional

- Schreiben
- Bildschirmarbeit
- Tastatur bedienen
- Touchscreen

Zusatzbaustein Körperliche Arbeit - optional

- Heben, Tragen und Beugen
- Knien und Bücken
- Ziehen und Schieben
- Sich erheben

Zusatzbaustein Mobilität - optional

- Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L
- Ein- und Aussteigen aus Pkw
- Radfahren
- ÖPNV und Fernverkehr

Zusatzbaustein Berufsfahrer - optional

- Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D
- Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

Zusatzbaustein Psyche - optional

- volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung aufgrund einer Störung im Sinne des Kapitels V ("Psychische und Verhaltensstörungen") ICD-10-GM-2018 (Stand 01.01.2018)

Zusatzbaustein Arbeitsunfähigkeit - optional

- Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Zusatzbaustein Pflege - optional

- zusätzliche lebenslange Pflegerente
- Option auf Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung

Die optionalen Zusatzbausteine können Sie sowohl bei Vertragsabschluss als auch während der Vertragslaufzeit unabhängig voneinander zum Kompakt-Schutz hinzufügen.

Zudem können Sie bei Vertragsabschluss vereinbarte oder später hinzugewählte Zusatzbausteine während der Vertragslaufzeit ausschließen.

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Modularer Versicherungsschutz

Im Versicherungsumfang immer enthalten:

Kompakt-Schutz: Leistung bei Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten sowie bei gesetzlicher Betreuung, Pflegebedürftigkeit und bei Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben a bis q)

Je nach dem von Ihnen gewählten Umfang ist zusätzlich versichert:

Zusatzbaustein Büro: Leistung bei Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben r bis u)

Zusatzbaustein Körperliche Arbeit: Leistung bei Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben v bis y)

Zusatzbaustein Mobilität: Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L, Ein- und Aussteigen aus PKW, Radfahren, sowie ÖPNV und Fernverkehr (siehe § 2 Absatz 2)

Zusatzbaustein Berufsfahrer: Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D sowie der Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (siehe § 2 Absatz 3)

Zusatzbaustein Psyche: Leistung bei voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung (siehe § 2 Absatz 4)

Zusatzbaustein Arbeitsunfähigkeit: Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (siehe § 2 Absätze 5 und 6)



Zusatzbaustein Pflege: zusätzliche lebenslange Pflege-rente und Option auf Abschluss einer Anschluss-Pflege-renten-Versicherung (siehe § 2 Absätze 7 und 8)

Welchen Baustein Sie zusätzlich gewählt haben, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder dem aktuellen Nach-trag (§ 11) entnehmen. Unsere Leistungspflicht setzt den nachgewiesenen Eintritt eines Versicherungsfalls wäh-rend der Versicherungsdauer voraus. Die Höhe unserer Leistungspflicht ändert sich nicht, wenn mehrere Versi-cherungsfälle gleichzeitig eintreten oder bestehen. Je nach gewähltem Zusatzbaustein kommen folgende Versicherungsfälle in Betracht:

- Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a bis l sowie n bis o und r bis y. Als Beein-trächtigung einer Grundfähigkeit gilt auch:
 - Gesetzliche Betreuung (§ 2 Absatz 1 Buchstabe m)
 - Pflegebedürftigkeit (§ 2 Absatz 1 Buchstabe p)
 - Fahrerlaubnisverlust der Klasse A, B, T oder L (§ 2 Ab-satz 2 Buchstabe a)
 - Ein- und Aussteigen aus PKW (§ 2 Absatz 2 Buchsta-be b)
 - Radfahren (§ 2 Absatz 2 Buchstabe c)
 - ÖPNV und Fernverkehr (§ 2 Absatz 2 Buchstabe d)
 - Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D (§ 2 Absatz 3 Buchstabe a)
 - Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (§ 2 Absatz 3 Buchstabe b)
 - volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkran-kung (§ 2 Absatz 4)
- Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz nach § 2 Absatz 1 Buchstabe q
- Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Absätze 5 und 6

Bei unseren Rentenleistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit entspricht die Leistungsdauer jeweils der Versicherungsdauer (siehe Absätze 5 bis 8). Bei Ren-tenleistungen wegen Tätigkeitsverbots nach Infektions-schutzgesetz (siehe Absätze 9 bis 12) oder wegen vor-übergehender Arbeitsunfähigkeit (siehe Absätze 13 bis 16) ist die Leistungsdauer dagegen auf maximal 24 Monate begrenzt. Bei der zusätzlichen lebenslangen Pflegerente geht die Leistungsdauer über die Versiche-rungsdauer hinaus (siehe Absätze 17 bis 20).

Versicherungsschutz

(1) Wird die versicherte Person während der Versiche-rungsdauer in einer Grundfähigkeit beeinträchtigt (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben a bis p und r bis y, und § 2 Ab-satz 2 bis 4) erbringen wir Leistungen nach Maßgabe der Absätze 5 bis 8.

(2) Wird ein "Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzge-setz" nach § 2 Absatz 1 Buchstabe q während der Versi-cherungsdauer angeordnet, erbringen wir mit einer be-grenzten Dauer von maximal 24 Monaten Leistungen nach Maßgabe der Absätze 9 bis 12.

Voraussetzung ist,

- dass die versicherte Person nicht in einer versicherten Grundfähigkeit nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a bis p und r bis y und § 2 Absätze 2 bis 4 beeinträchtigt ist;
- dass bei der versicherten Person durch einen medizini-schen Dienstleister (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Ge-sundheitsamt) erstmalig während der Versicherungs-dauer die Diagnose der Infektion (Infektion, Erkrankung, Ausscheidung) gestellt oder ein entsprechender Ver-dacht festgestellt wird und die darauffolgende behörd-liche Anordnung nach dem Infektionsschutzgesetz eben-falls während der Versicherungsdauer erlassen wird. Un-schädlich sind vorausgegangene Diagnosen in Bezug auf vollständig ausgeheilte Infektionen.

Zusatzbaustein "Arbeitsunfähigkeit" - optional

(3) Haben Sie mit uns den Zusatzbaustein "Arbeitsunfä-higkeit" vereinbart oder nachträglich eingeschlossen und tritt während der Versicherungsdauer ein Versicherungs-fall nach § 2 Absätze 5 und 6 ein, erbringen wir Lei-stungen nach Maßgabe der Absätze 13 bis 16.

Voraussetzung ist,

- dass die versicherte Person nicht in einer versicherten Grundfähigkeit nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a bis y und § 2 Absätze 2 bis 4 beeinträchtigt ist;
- dass kein Versicherungsfall aufgrund eines Tätigkeits-verbots nach Infektionsschutzgesetz (§ 2 Absatz 1 Buch-stabe q) besteht;
- dass die Arbeitsunfähigkeit während der Versicherung-sdauer eintritt.

Zusatzbaustein "Pflege" - optional

(4) Haben Sie mit uns den Zusatzbaustein "Pflege" ver-einbart oder nachträglich eingeschlossen und tritt wäh-rend der Versicherungsdauer ein Versicherungsfall nach § 2 Absatz 7 ein, erbringen wir Leistungen nach Maßgabe der Absätze 17 bis 19.

Unsere Versicherungsleistungen

Wenn wir Leistungen nach Absatz 1 wegen Beeinträchti-gung einer Grundfähigkeit erbringen, erfolgt dies nach Maßgabe der folgenden Absätze 5 bis 8.

(5) Leistungen

- Wir zahlen die vereinbarte Rente, längstens für die Ver-sicherungsdauer.
Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung einge-schlossen haben, erhöht sich unsere Rentenzahlung nach dem Eintritt des Versicherungsfalls bis zu dessen Ende garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Renten-



beginn). Mit dem Ende des Versicherungsfalls wird die Erhöhung auf null gesetzt. Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls beginnt die Rentenzahlung also wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalls um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus dem ersten Versicherungsfall erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung (inklusive aller vereinbarten Zusatzbausteine) sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die jeweilige Beitragszahlungsdauer.

(6) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem ein Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen (siehe § 2 Absätze 1 bis 7) eingetreten ist.

(7) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Ein Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen (siehe § 2 Absätze 1 bis 7) liegt nicht mehr vor. War unsere Leistungspflicht anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist die Anspruchsbeendigung an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als die Versicherungsdauer, endet der Anspruch auf Beitragsbefreiung spätestens mit dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

(8) Tritt ein Versicherungsfall erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer ein, besteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung.

Für nach Ablauf der Versicherungsdauer eintretende Fälle der Pflegebedürftigkeit haben Sie, wenn der Zusatzbaustein Pflege vereinbart ist, die Möglichkeit zum Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung. Vergleichen Sie hierzu Absatz 20 sowie § 2 Absatz 8.

Unsere Versicherungsleistungen bei Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz (begrenzt auf maximal 24 Monate)

Wenn wir Leistungen nach dem Absatz 2 wegen eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz erbringen, erfolgt dies nach Maßgabe der folgenden Absätze 9 bis 12.

(9) Leistungen

- Wir zahlen die vereinbarte Rente, längstens für die Versicherungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Rentenzahlung nach dem Eintritt des Versicherungsfalls garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Mit dem Ende der Rentenzahlung, spätestens bei Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer, wird die Erhöhung auf null gesetzt.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung (inklusive aller vereinbarten Zusatzbausteine) sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die jeweilige Beitragszahlungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer.

(10) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz entsteht mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem das behördliche Tätigkeitsverbot (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe q) nach dem Infektionsschutzgesetz angeordnet wurde.

(11) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die 24-monatige Leistungsdauer läuft ab.
- Die behördliche Anordnung (vollständiges Tätigkeitsverbot im Sinne des § 2 Absatz 1 Buchstabe q) wird aufgehoben bzw. tritt außer Kraft. War unsere Leistungspflicht aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist eine Anspruchsbeendigung vor Ablauf der 24-monatigen Leistungsdauer an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.
- Die Leistungspflicht wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit ist von uns anerkannt bzw. gerichtlich festgestellt, oder Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit werden von uns erbracht.

(12) a) Leistungen nach den Absätzen 9 bis 10 können nur einmalig in Anspruch genommen werden. Mit der Anspruchsbeendigung nach Absatz 11 erlischt die Leistungspflicht aus den Absätzen 9 bis 10 insgesamt und endgültig. Dies gilt auch, wenn die 24-monatige Leistungsdauer bis zur Beendigung noch nicht voll ausgeschöpft war.

b) Sobald wir Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbringen, stellen wir unsere Leistungen wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz ein. Wurde von uns ein Anspruch auf Leistungen wegen Beeinträchtigung einer



Grundfähigkeit rückwirkend anerkannt, werden etwaige im maßgeblichen Zeitraum wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz erbrachte Leistungen mit dem Anspruch verrechnet; wir behandeln die Leistungen des maßgeblichen Zeitraums dann rückwirkend als solche wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit, das heißt diese Monate werden nicht auf die maximale Leistungsdauer von 24 Monatsrenten wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz angerechnet.

Unsere Versicherungsleistungen des Zusatzbausteins Arbeitsunfähigkeit (begrenzt auf maximal 24 Monate)

Wenn wir Leistungen nach dem Absatz 3 wegen einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit erbringen, erfolgt dies nach Maßgabe der folgenden Absätze 13 bis 16.

(13) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer

- mindestens 3 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig (siehe § 2 Absätze 5 und 6) und bescheinigt ein Facharzt das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt sechs Monate ununterbrochenen Zeitraums,
- mindestens 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig (siehe § 2 Absätze 5 und 6),

erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen eine Arbeitsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Grundfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer, wobei die Leistung auf insgesamt maximal 24 Monatsrenten beschränkt ist. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich diese Arbeitsunfähigkeitsrente nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und bis zu deren Ende, längstens 24 Monate, und zwar zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber nach 24 Monaten, wird die Erhöhung der Arbeitsunfähigkeitsrente zurückgesetzt. Das bedeutet, dass bei jedem danach während der Versicherungsdauer eintretenden Versicherungsfall die Grundfähigkeits- bzw. die Arbeitsunfähigkeits-Rentenzahlung wieder in Höhe der ursprünglich versicherten Grundfähigkeitsrente beginnt; in der Vergangenheit eventuell bereits erfolgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung (inklusive aller vereinbarten oder später eingeschlossenen Zusatzbausteine) sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte jeweilige Beitragszahlungsdauer sowie längstens für die Zeit, für die wir gemäß dem vorstehenden Punkt eine Arbeitsunfähigkeitsrente zahlen.

Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrmals 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig

im Sinne dieser Bedingungen, ist die Leistungsdauer für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeitszeiten zusammen auf 24 Monate beschränkt.

(14) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht

- nach Ablauf des dritten vollen Versicherungsmonats mit der Erstellung der Fortdauer-Bescheinigung für den vierten bis sechsten Monat, dann rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs des ersten vollen Versicherungsmonats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist;
- mit Ablauf des sechsten vollen Versicherungsmonats rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs des ersten vollen Versicherungsmonats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist.

(15) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.
- Die maximale Anzahl von insgesamt 24 Monatsrenten wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wurde erbracht.
- Die Leistungspflicht wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit ist von uns anerkannt bzw. gerichtlich festgestellt, oder Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit werden von uns erbracht.
- Die Leistungspflicht aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz ist von uns anerkannt bzw. gerichtlich festgestellt.

(16) Sobald wir Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit oder eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz im Sinne dieser Bedingungen erbringen, stellen wir unsere Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit ein. Wurde von uns ein Anspruch auf Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit oder eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz rückwirkend anerkannt, werden etwaige im maßgeblichen Zeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen mit dem Anspruch verrechnet; wir behandeln die Leistungen des maßgeblichen Zeitraums dann rückwirkend als solche wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit bzw. eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz, das heißt diese Monate werden nicht auf die maximale Leistungsdauer von 24 Monatsrenten wegen Arbeitsunfähigkeit angerechnet.

Unsere Versicherungsleistungen des Zusatzbausteins Pflege

Wenn wir Leistungen nach dem Absatz 4 wegen Pflegebedürftigkeit erbringen, erfolgt dies nach Maßgabe der folgenden Absätze 17 bis 20.



(17) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig (siehe § 2 Absatz 7), zahlen wir zusätzlich zur Grundfähigkeitsrente nach Absatz 5 die vereinbarte lebenslange Pflegerente und diese auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person.

Diese lebenslange Pflegerente wird in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheins als "lebenslange monatliche Pflegerente" bezeichnet. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Pflegerentenzahlung um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Die Erhöhung der Pflegerentenzahlung erfolgt nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zu deren Ende, auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres.

Mit dem Ende der Pflegebedürftigkeit wird die Erhöhung auf Null gesetzt. Bei Eintritt einer erneuten Pflegebedürftigkeit beginnt die Rentenzahlung also wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet die Pflegebedürftigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten eine erneute Pflegebedürftigkeit aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus der ersten Pflegebedürftigkeit erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.

(18) Der Anspruch auf lebenslange Pflegerentenzahlung entsteht mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist.

(19) Der Anspruch auf lebenslange Pflegerentenzahlung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor. War unsere Leistungspflicht anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist die Anspruchsbeendigung an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.

(20) Wird die versicherte Person erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer pflegebedürftig, besteht kein Anspruch auf die lebenslange Pflegerente. Für nach Ablauf der Versicherungsdauer eintretende Fälle der Pflegebedürftigkeit benötigen Sie eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung, die Sie unter den in § 2 Absatz 8 näher genannten Voraussetzungen innerhalb der letzten 3 Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung abschließen können. Der Abschluss der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ist prinzipiell auch dann noch möglich, wenn wir bereits Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, aber noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit.

Bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse die Antragsfrist und tragen Sie dafür Sorge, dass uns Ihr Antrag rechtzeitig vor Ablauf der Versicherungsdauer in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugeht.

Keine Leistung bei Tod (allenfalls Überschüsse)

(21) Stirbt die versicherte Person bei laufender Beitragszahlung, wird Ihr Versicherungsvertrag zur nächsten Beitragsfälligkeit beendet; eine Leistung aus der Hauptversicherung wird nicht fällig. War Ihr Versicherungsvertrag zuvor prämienfrei umgewandelt oder war die Beitragszahlungsdauer bereits abgelaufen, wird er in diesem Fall zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) beendet. Es erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufswerts aus der Hauptversicherung. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Sie erhalten jedoch - wenn und soweit vorhanden - die Überschüsse und Bewertungsreserven (siehe § 3 Absatz 5). Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, kommt es insoweit auf deren Versicherungsumfang an.

Sonstige Regelungen für alle Leistungen

(22) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(23) Der Versicherungsschutz ist primär begrenzt auf solche Beeinträchtigungen, Störungen, Erkrankungen, Verletzungen des Körpers, Kräfteverfall, Infektionen, Tätigkeitsverbote und Fahrerlaubnisverluste, die auf unmittelbar körperlichen Ursachen beruhen. Das bedeutet, dass Ihr Vertrag von vornherein nur körperlich bedingte Beeinträchtigungen, Störungen, Erkrankungen, Tätigkeitsverbote und Fahrerlaubnisverluste versichert, die weder psychisch noch psychosomatisch bedingt sind. Diese primäre Begrenzung des versicherten Risikos gilt für die Grundfähigkeiten nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a - l und q - y sowie für die beiden Zusatzbausteine nach § 2 Absätze 2 und 3.

Diese primäre Risikobegrenzung gilt dagegen nicht für

- Gesetzliche Betreuung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe m),
- Intellekt (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe n),
- Orientierung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe o),
- Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe p),
- volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung (siehe § 2 Absatz 4),
- vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (siehe § 2 Absätze 5 und 6),

sondern in diesen Ausnahmefällen sind auch auf psychischen oder psychosomatischen Ursachen beruhende Versicherungsfälle versichert.

(24) Eine Meldefrist besteht nicht (siehe § 7 Absatz 1). Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls erleichtert jedoch die Prüfung Ihrer Ansprüche und verringert bzw. vermeidet etwaige Feststellungsschwierigkeiten.



(25) Die jeweilige Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(26) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das uns angegebene Konto. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraumes (SEPA) trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr. Eine Auszahlung in anderer Weise, insbesondere in bar oder per Scheck, ist ausgeschlossen.

(27) Ein entstandener Anspruch wird in der Regel erst fällig, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (siehe § 7 Absätze 3 bis 6) erfüllt haben und wir daraufhin unsere Erhebungen abschließen konnten (siehe § 7 Absatz 7). Wir entscheiden dann über die Leistungspflicht. Bis zu dieser Entscheidung müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bezahlen; wir werden sie jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Sie können in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet werden. Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind gestundete Beiträge unverzinst nachzuzahlen, entweder

- in Form einer einmaligen Zahlung oder
- in maximal 48 Monatsraten (Einzelrate mindestens 25,00 EUR) oder
- - sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist - durch eine Verrechnung mit diesem Deckungskapital, was nach Ihrer Wahl entweder zu einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder zu einer Erhöhung des zukünftigen Beitrags führt.

(28) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 3).

§ 2 Wann liegt ein Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen vor?

Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und dadurch

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen in einer der versicherten Grundfähigkeiten beeinträchtigt oder
- bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen in einer der versicherten Grundfähigkeiten beeinträchtigt gewesen ist.

In beiden Fällen leisten wir rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist. Abweichend davon gilt für den Zusatzbaustein "Psyche" eine 12-Monats-Frist (siehe Absatz 4).

Wann eine bedingungsgemäße Beeinträchtigung vorliegt, beschreiben wir Ihnen in den Absätzen 1 bis 4.

Der Beginn der Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Die Frist beginnt

- grundsätzlich mit dem Tag, an dem die Beeinträchtigung erstmals das versicherte Ausmaß erreicht.
- Beim Leistungsauslöser Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L (Zusatzbaustein Mobilität) nach Absatz 2 Buchstabe a beginnt die Sechs-Monats-Frist mit dem Tag, für den das Gutachten erstmals die fehlende Fahrtauglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung feststellt. Bei Kindern beginnt die Sechs-Monats-Frist frühestens mit dem Tag, an dem das maßgebliche Mindestalter für die Erteilung der Fahrerlaubnis erreicht wird.

Ihr Versicherungsschutz ist von vornherein auf körperlich bedingte Versicherungsfälle begrenzt (siehe § 1 Absatz 23). Diese primäre Risikobegrenzung gilt nicht und der Versicherungsschutz umfasst deshalb zusätzlich auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versicherungsfälle bei:

- Gesetzlicher Betreuung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe m)
- Intellekt (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe n)
- Orientierung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe o)
- Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe p)
- voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung (siehe § 2 Absatz 4)
- vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (siehe § 2 Absätze 5 und 6)

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die entsprechende Grundfähigkeit bei der versicherten Person zu dem in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn vorhanden war. Hiervon abweichend gilt für Kinder ab dem 5. Geburtstag bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres:

Soweit die entsprechende Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn altersbedingt noch nicht vorhanden war, liegt ein Verlust der Grundfähigkeit auch dann vor, wenn sie vor Eintritt des Versicherungsfalles erworben wurde. Ein Versicherungsfall liegt ebenso vor, wenn eine versicherte Grundfähigkeit aufgrund einer Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls nicht erlernt oder entwickelt werden kann. Maßgeblich für den Eintritt des Versicherungsfalles ist die Stellung der Diagnose durch einen Facharzt. Unabhängig davon tritt unsere Leistungspflicht für Leistungsfälle nach Absatz 1 Buchstabe r und Absatz 2 Buchstabe a erst nach Erreichen des jeweiligen Mindestalters ein. Die zugrundeliegende Erkrankung oder die Diagnose einer Entwicklungsstörung muss während der Vertragslaufzeit erstmalig eintreten bzw. erstmalig gestellt werden.

Die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit darf nicht durch geeignete und zumutbare Hilfsmittel des täglichen Lebens (z. B. Seh- und Hörhilfe, orthopädische Hilfsmittel) so zu verbessern sein, dass keine Beeinträchtigung nach diesen Bedingungen mehr vorliegt. Zu Operationen ist die versicherte Person nicht verpflichtet. Außerdem muss die



Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit durch den Befund eines entsprechenden Facharztes nachgewiesen werden. Im Folgenden wird beschrieben, wann eine Beeinträchtigung nach diesen Bedingungen vorliegt. Bitte beachten Sie, dass die Definitionen abschließend zu verstehen sind und nicht beispielhaft.

(1) Kompakt-Schutz

a) Sehen

Die Sehfähigkeit der versicherten Person ist auf beiden Augen stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Brille, Kontaktlinsen)

- ihr Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) auf dem besseren Auge maximal 3/60 (0,05) beträgt oder
- ihr Gesichtsfeld des besseren Auges nur noch 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen (Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad) beträgt.

b) Hören

Bei der versicherten Person besteht eine starke Schwerhörigkeit auf beiden Ohren. Das bedeutet, dass auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) eine Schwerhörigkeit auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz vorliegt, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB aufweist.

c) Sprechen

Die Sprache der versicherten Person ist stark beeinträchtigt, nachdem der Spracherwerb phonetisch-phonologisch, morphologisch-syntaktisch sowie semantisch-lexikalisch zuvor bereits abgeschlossen war. Das bedeutet, dass sich die versicherte Person nicht mehr mit einfachen sinnvollen Sätzen gegenüber einem unabhängigen Dritten verständlich machen kann und die Beeinträchtigung der Sprache durch den Aachener Aphasia-Test oder einen anderen anerkannten wissenschaftlichen Test bestätigt wurde. Stottern ist nicht versichert.

d) Gebrauch einer Hand

Die Fähigkeit der versicherten Person, eine Hand zu gebrauchen, ist zumindest an einer ihrer beiden Hände stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie mit der linken oder mit der rechten Hand

- nicht mehr in der Lage ist, eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen, oder
- nicht mehr in der Lage ist, eine Schraube, die in einem gedübelten Loch angesetzt ist, vollständig mit Rotation des Unterarms hinein- und wieder herauszudrehen, oder
- nicht mehr in der Lage ist, eine Schere z. B. Papier-, Verband- oder Schneideschere bestimmungsgemäß zu benutzen.

e) Fingerfertigkeit

Die Fingerfertigkeit der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie

- weder mit der linken noch mit der rechten Hand mehr in der Lage ist, eine Schraube mit Regelgewinde und 8 mm Durchmesser in eine passende Mutter zu schrauben, so dass sie sitzt, oder
- weder mit der linken noch mit der rechten Hand mehr in der Lage ist, einen leichtgängigen Reißverschluss einer Jacke zu öffnen.

f) Greifen und Halten

Die Fähigkeit der versicherten Person, mit einer Hand einen Gegenstand zu greifen und zu halten, ist zumindest an einer ihrer beiden Hände stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie mit der linken oder mit der rechten Hand nicht mehr in der Lage ist, einen leichten Alltagsgegenstand (z. B. ein leeres Wasserglas, einen Stift oder einen Kochlöffel) zu greifen und ununterbrochen für 5 Minuten, auch unter Ablage des Unterarms, in der Luft zu halten, ohne dass er ihr aus der Hand fällt.

g) Gebrauch eines Armes (Tätigkeiten auf Schulter- bzw. Brusthöhe)

Die Fähigkeit der versicherten Person, einen Arm zu gebrauchen, ist zumindest an einem ihrer beiden Arme stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie mit dem linken oder dem rechten Arm nicht mehr in der Lage ist,

- einen 200 g leichten Gegenstand auf einem Regal in Schulter- bzw. Brusthöhe zu platzieren und wieder herunterzunehmen oder
- einen Arm aus der Schulter heraus über den Kopf zu heben oder
- ohne Hilfestellung eine Jacke anzuziehen. Auf die Fähigkeit, eine Jacke öffnen oder schließen zu können, kommt es nicht an.

h) Treppen steigen

Die Fähigkeit der versicherten Person, die Beine zu gebrauchen, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie nicht mehr in der Lage ist, 12 Treppenstufen mit einer für Wohngebäude üblichen Stufenhöhe von 18 - 20 cm und mit einem für Wohngebäude üblichen Treppenbelag ohne Pause aus eigener Kraft herauf- und herabzusteigen, auch nicht bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Treppengeländer, Prothesen, Orthesen, Stützbandagen; nicht aber mitgeführte Geräte wie Unterarm-Gehstützen).

i) Gehen

Die Gehfähigkeit der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie nicht mehr in der Lage ist, eigenständig und ohne Abstützen, auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Stützbandagen; nicht aber mitgeführte Geräte wie Unterarm-Gehstützen), in höchstens 30 Minuten 400 m weit ohne Pause über ebenen, festen Boden zu gehen.



j) Stehen

Die Fähigkeit der versicherten Person, zu stehen, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Stützbandagen; nicht aber mitgeführte Geräte wie Unterarm-Gehstützen) nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten durchgehend frei auf ebenem, festem Boden stehen zu bleiben.

k) Sitzen

Die Fähigkeit der versicherten Person, zu sitzen, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten ununterbrochen auf einem Stuhl zu sitzen, auch nicht mit einem Abstützen auf Armlehnen.

l) Gleichgewichtssinn

Der Gleichgewichtssinn der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass der Gleichgewichtssinn der versicherten Person aufgrund einer organischen Erkrankung oder Verletzung derart eingeschränkt ist, dass sie nicht mehr auf der obersten Stufe einer 3-stufigen Haushaltsleiter 5 Minuten frei stehen bleiben kann (d. h. ohne sich abzustützen und ohne sich festzuhalten). Die Beeinträchtigung des Gleichgewichtssinns muss durch einen Facharzt nachgewiesen sein. Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten)).

m) Gesetzliche Betreuung

Die psycho-intellektuelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist so stark beeinträchtigt, dass ihr kein ausreichend eigenverantwortliches Handeln mehr möglich ist. Das bedeutet, dass ein deutsches Gericht anhand eines psychiatrischen Gutachtens nach deutschem Recht entscheidet, dass die versicherte Person aufgrund einer Einschränkung ihrer psycho-intellektuellen Leistungsfähigkeit gesetzlich betreut werden muss. Sowohl die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit als auch die Anordnung der gesetzlichen Betreuung müssen innerhalb der Versicherungsdauer beginnen und ununterbrochen mindestens für 6 Monate vorliegen.

Hat die versicherte Person ihren regelmäßigen Wohnsitz im Ausland und wird die gesetzliche Betreuung deswegen von einem ausländischen Gericht angeordnet, besteht Versicherungsschutz dann, wenn der zugrunde liegende Sachverhalt in Deutschland zu der entsprechenden Anordnung eines deutschen Gerichts nach deutschem Recht geführt hätte.

Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizi-

nisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten)).

n) Intellekt

In Bezug auf

- die Auffassungsgabe oder
- die Konzentration oder
- das Gedächtnis oder
- die Handlungsplanung oder
- die Aufmerksamkeit oder
- die Orientierung

ist die geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person schwer gestört (z. B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose). Das bedeutet, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. die Organisation oder Strukturierung des eigenen Tagesablaufs) auszuführen.

Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt festzustellen. Von diesem ist mittels eines üblicherweise standardisierten Tests zu zeigen, dass die versicherte Person in Bezug auf die bei ihr gestörte Fähigkeit (Auffassungsgabe bzw. Konzentration/Aufmerksamkeit bzw. Gedächtnis bzw. Handlungsplanung bzw. Orientierung) zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehört. Es kommen je nach gestörter Fähigkeit z. B. folgende Tests in Betracht:

- Auffassungsgabe: HAWIE, WST oder Ähnliches
- Konzentration: D2, TAP oder Ähnliches
- Gedächtnis: VLMT, AVL T oder Ähnliches
- Handlungsplanung: Turm von Hanoi, ZVT oder Ähnliches
- Aufmerksamkeit: TAVT, TAPK-Geteilte Aufmerksamkeit oder Ähnliches
- Orientierung: ART-2020, TAVT 2 oder Ähnliches

Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten)).

o) Orientierung

Die Orientierungsfähigkeit der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie sich selbst nicht mehr örtlich und zeitlich zu ihrer Person orientieren kann (z. B. durch eine Hirnschädigung, Schizophrenie oder Psychose) und sie deswegen nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. die Organisation oder Strukturierung des eigenen Tagesablaufs) auszuführen. Die gesundheitliche Beeinträchtigung sowie die Unfähigkeit, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen, sind durch einen Facharzt auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopa-



thologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests festzustellen. Der Facharzt hat zudem mittels eines üblicherweise standardisierten Tests, der die Orientierungsfähigkeit prüft (z. B. DemTect, MMSE, MMST oder Ähnliches), zu zeigen, dass die versicherte Person in Bezug auf die Orientierung zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehört. Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten)).

p) Pflegebedürftigkeit

Versicherungsfall ist

- die Pflegebedürftigkeit nach Art und Umfang der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (sogenannter ADL-Score, siehe Absatz aa) oder
- die Pflegebedürftigkeit nach SGB (§§ 14, 15 SGB XI, siehe Absatz bb - cc).
- Ausreichend ist auch ein Autonomieverlust wegen Demenz (Absatz dd).

Ihr Versicherungsschutz umfasst in diesen Fällen auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versicherungsfälle (siehe § 1 Absatz 23). Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten)).

Pflegebedürftigkeit nach ADL-Score

aa) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist oder
- bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos gewesen ist,

dass sie für mindestens 1 Punkt der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf, und zwar selbst bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.

In beiden Fällen leisten wir rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist.

Der Beginn der Sechs-Monat-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Die Sechs-Monats-Frist be-

ginnt, wenn die Pflegebedürftigkeit erstmals mit 1 Punkt der untenstehenden Punktetabelle bewertet werden kann. Die Pflegebedürftigkeit darf nicht durch geeignete und zumutbare Hilfsmittel des täglichen Lebens (z. B. Gehhilfe) auf einen Grad zu verbessern sein, der nicht mehr den für die Einstufung des Pflegefalls erforderlichen Mindestgrad erreicht.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung muss 1 Punkt aus der nachstehenden Punktetabelle erfüllt sein:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- **Fortbewegen im Zimmer** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer benötigt.
- **Aufstehen und Zubettgehen** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.
- **Verrichten der Notdurft** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darmes bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Pflegebedürftigkeit nach SGB

bb) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person mindestens für 6 Monate ununterbrochen gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch Andere bedarf. Die versicherte Person muss körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen. Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der



Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

- Mobilität;
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten;
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen;
- Selbstversorgung;
- Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen;
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Mit der Bewertungssystematik der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2020 sowie der dazugehörigen Anlagen 1 und 2 dieser Fassung wird für die versicherte Person der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn mindestens 27 Gesamtpunkte nach dieser Bewertungssystematik erreicht werden.

cc) Die Definition der in Absatz bb beschriebenen Pflegebedürftigkeit entspricht Pflegegrad 2 oder höher nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2020. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat keine Auswirkung auf die Definition in Absatz bb und führt zu keiner Änderung des Leistungsumfanges dieses Vertrages.

Autonomieverlust wegen Demenz

dd) Ein Versicherungsfall liegt außerdem auch dann von Beginn an vor, wenn bei der versicherten Person mindestens für 6 Monate ununterbrochen ein Autonomieverlust wegen Demenz vorliegt.

Der Autonomieverlust wegen Demenz ist ärztlich nachzuweisen und setzt voraus, dass die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung entweder

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens 1 Punkt der in Buchstabe aa aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten "mittelschwere Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Der Beginn der Sechs-Monats-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Die Sechs-Monats-Frist beginnt, wenn die Demenz erstmals zu dem versicherten Autonomieverlust führt.

Wir leisten rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist.

q) Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz

Versicherungsfall ist das vollständige Tätigkeits- oder Beschäftigungsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Das bedeutet, dass eine auf dem IfSG beruhende behördliche Anordnung es der versicherten Person verboten hat, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben wegen

- einer bei ihr diagnostizierten Infektion (Infektion, Krankheit, Ausscheidung) bzw.
- eines entsprechenden Verdachts bzw.
- einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr.

Das Verbot muss

- voraussichtlich mindestens für 6 Monate bestehen oder
- bereits mindestens für 6 Monate bestanden haben und
- durch Vorlage des Originals oder einer beglaubigten Kopie der behördlichen Anordnung nachgewiesen werden.

Die Sechs-Monats-Frist beginnt mit dem ersten Tag der behördlichen Anordnung des Verbots.

Übt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles eine Tätigkeit im Ausland aus und wird das Tätigkeitsverbot deshalb von einer ausländischen Behörde verfügt, besteht Versicherungsschutz dann, wenn der zugrunde liegende Sachverhalt in Deutschland zu einem Tätigkeitsverbot nach IfSG geführt hätte.

Ihr Versicherungsschutz ist von vornherein begrenzt auf körperlich bedingte Versicherungsfälle (siehe § 1 Absatz 23). Ausgeschlossen sind außerdem alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten)).

Zusatzbaustein Büro - optional

r) Schreiben

Die Schreibfähigkeit der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass die versicherte Person den 7. Geburtstag erreicht hat und nicht mehr in der Lage ist, mit ihrer dominanten Schreibhand 5 Wörter, jeweils in der Länge von 5 Buchstaben, handschriftlich und für einen unabhängigen Dritten leserlich zu schreiben.

s) Bildschirmarbeit

Die versicherte Person kann nicht mehr über einen Zeitraum von durchgehend mehr als zwei Stunden Wörter und Symbole an einem Bildschirm erkennen, wobei die Richtlinien der Berufsgenossenschaft zum Arbeitsplatz eingehalten werden müssen

t) Tastatur bedienen

Die versicherte Person kann mit keinem Finger der dominanten Schreibhand 5 Wörter mit mindestens 5 Buchstaben innerhalb von 5 Minuten auf einer Tastatur tippen.



u) Touchscreen

Die versicherte Person kann mit ihrer dominanten Schreibhand auf keinem handelsüblichen Touchscreen (z. B. Smartphone, Tablet, etc.) 5 Wörter mit mindestens 5 Buchstaben innerhalb von 5 Minuten tippen.

Zusatzbaustein Körperliche Arbeit - optional

v) Heben, Tragen und Beugen

Die Fähigkeit der versicherten Person, zu heben und zu tragen, ist zumindest an einem ihrer beiden Arme stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie mit dem linken oder dem rechten Arm nicht mehr in der Lage ist, einen Gegenstand von 2 kg (z. B. einen mit Wasser gefüllten Eimer, einen Akkubohrschrauber, eine Kurzhantel, einen kleinen Farbeimer mit entsprechendem Gewicht) aus einer Höhe von 40 cm anzuheben und 5 m weit zu tragen.

w) Knien und Bücken

Die Fähigkeit der versicherten Person, sich zu knien oder zu bücken, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass die versicherte Person

- nicht mehr in der Lage ist, sich mit beiden Knien auf den Boden zu knien und sich aus eigener Kraft (auch mit Abstützen am Boden) wieder aufzurichten, oder
- nicht mehr in der Lage ist, sich eigenständig zu bücken, sodass sie (auch mit angewinkelten Knien) mit den Fingerspitzen beider Hände den Boden berühren kann, und sich aus eigener Kraft (auch mit Abstützen am Boden) wieder aufzurichten.

x) Ziehen und Schieben

aa) Die Fähigkeit der versicherten Person, zu ziehen oder zu schieben, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Stützbandagen)

- nicht mehr in der Lage ist, ein Gesamtgewicht von 85 kg mit einem manuellen, unbeschädigten Standard-Rollstuhl 100 m weit auf ebenem, festem Boden zu schieben, oder
- nicht mehr in der Lage ist, ein Gesamtgewicht von 85 kg mit einem manuellen, unbeschädigten, ordnungsgemäß beladenen Standard-Handwagen oder Standard-Handhubwagen 100 m weit auf ebenem, festem Boden zu ziehen.

Ziehen und Schieben 5 - 14-Jährige

bb) Die Fähigkeit der versicherten 5 - 14-jährigen Person, zu ziehen oder zu schieben, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Stützbandagen) nicht mehr in der Lage ist, einen unbeschädigten Handwagen, der mit dem jeweilig entsprechenden Eigengewicht der versicherten Person beladen ist, über ebenen, festen Boden 100 m weit zu schieben oder zu ziehen.

y) Sich erheben

Die Fähigkeit der versicherten Person sich von einem Stuhl zu erheben ist so schwer beeinträchtigt, dass sie nicht mehr in der Lage ist, ohne Gebrauch der Hände oder Arme und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden).

Zusatzbaustein Mobilität - optional

(2) a) Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L

Die versicherte Person hat aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung die Fahrtauglichkeit für die Fahrerlaubnis der Klasse A, B, T oder L verloren, ihr kann diese deswegen erstmalig nicht erteilt werden oder sie hat diese freiwillig abgegeben. Das bedeutet, dass sie infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls gesundheitlich beeinträchtigt und ausschließlich deswegen nicht mehr in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, weswegen ein Gutachten entsprechend § 11 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) vom 13. Dezember 2010 die fehlende Fahrtauglichkeit

- voraussichtlich mindestens für 6 Monate feststellt oder
- bereits mindestens für 6 Monate festgestellt hat

und die Fahrerlaubnis der Klasse A, B, T oder L der versicherten Person infolgedessen nachweislich entzogen wird, nicht erteilt werden kann oder von der versicherten Person freiwillig abgegeben wird.

Zu Klasse A gehören auch die Unterklassen AM, A1, A2. Der Verlust der PKW-Fahrtauglichkeit der Klasse 3 ist entsprechend mitversichert. Nicht versichert ist ein isolierter Verlust der in der Klasse 3 (C1E und C1) enthaltenen erweiterten Fahrerlaubnisse (Klein-LKW), der nicht mit einem Verlust der PKW-Fahrerlaubnis einhergeht. Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholkonsum oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten)).

b) Ein- und Aussteigen aus Pkw

Die versicherte Person kann aufgrund Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls nicht mehr in einen PKW ein- oder aussteigen.

Das bedeutet, dass die versicherte Person, nicht mehr in der Lage ist, ohne zumutbare Hilfsmittel, in keine der Türen vorne oder hinten, in einen PKW ein- und auszu steigen. Bei dem PKW muss es sich um eine handelsübliche PKW-Limousine mit einer Sitzhöhe von 50 - 70 cm handeln.

Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen der Verlust der Fähigkeit auf einer anderen Ursache als motorischen Einschränkungen basiert.



c) Radfahren

Ein Verlust der Fähigkeit zum Radfahren liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer motorischen Ursache nicht mehr auf einem Fahrrad fahren kann.

Das bedeutet: Die versicherte Person ist ausschließlich aufgrund von motorischen Einschränkungen nicht mehr in der Lage,

- sich auf ein Fahrrad zu setzen und damit einen Kilometer auf ebener Strecke auf einem für Radwege üblichen Bodenbelag zu fahren und
- die Strecke von einem Kilometer innerhalb von zehn Minuten auf dem Fahrrad zurückzulegen.

Ein Verlust der Fähigkeit zum Radfahren liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in der Lage ist, statt mit einem Zweirad, mit einem mehrspurigen Fahrrad zu fahren.

Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Fälle, bei denen der Verlust der Fähigkeit zum Fahrradfahren auf einer anderen Ursache als motorischen Einschränkungen basiert.

d) ÖPNV und Fernverkehr

Die Fähigkeit der versicherten Person, den öffentlichen Personennah- (ÖPNV) oder -fernverkehr zu nutzen, ist stark beeinträchtigt.

Das bedeutet, dass sie auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Handlauf, Einstiegshilfen der öffentlichen Verkehrsmittel; nicht aber mitgeführte Geräte wie Unterarm-Gehstützen)

- nicht mehr in der Lage ist, in einen Bus, eine Bahn oder ein Schiff des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs in Deutschland ein- oder auszusteigen, oder
- nicht mehr in der Lage ist, darin 20 Minuten während des Fahrbetriebs zu sitzen, oder
- den öffentlichen Personennah- oder -fernverkehr nicht mehr nutzen kann, weil ihr eine Demenz- oder Alzheimererkrankung mit dem Schweregrad 5 nach der Reisbergskala (GDS) sicher diagnostiziert wurde.

Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten)).

Zusatzbaustein Berufsfahrer - optional

(3) a) Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D (Lkw-/Busfahren)

Versicherungsfall ist der Verlust (Entziehung oder Versagung der beantragten Verlängerung) der Fahrerlaubnis der Klasse C oder D infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung der versicherten Person, welche diese Fahrer-

laubnis für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt.

Das bedeutet, dass die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls gesundheitlich beeinträchtigt und ausschließlich deswegen nicht mehr in der Lage ist, einen Lastkraftwagen (Lkw) oder Bus zu führen, weswegen ein Gutachten entsprechend § 11 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) vom 13. Dezember 2010 die fehlende Fahrtauglichkeit

- voraussichtlich mindestens für 6 Monate feststellt oder
- bereits mindestens für 6 Monate festgestellt hat

und der versicherten Person infolgedessen die Fahrerlaubnis der Klasse C oder D nachweislich entzogen wird oder nicht wieder erteilt (verlängert) werden kann. Der Beginn der Sechs-Monats-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Wir leisten rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist. Die Sechs-Monats-Frist beginnt mit dem Tag, für den das Gutachten erstmals die fehlende Fahrtauglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung feststellt.

Unter der Klasse C verstehen wir alle Unterklassen, nämlich die Klassen C1, C1E, C und CE. Unter der Klasse D verstehen wir alle Unterklassen, nämlich die Klassen D1, D1E, D und DE.

Ihr Versicherungsschutz ist in diesem Zusatzbaustein von vornherein begrenzt auf körperlich bedingte Versicherungsfälle (siehe § 1 Absatz 23). Ausgeschlossen sind außerdem alle Fälle, die durch Alkoholkonsum oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten)). Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fahrerlaubnis der Klasse C oder D für die Ausübung ihrer vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung).

"Überwiegend benötigt" bedeutet, dass es sich nach der konkreten Ausgestaltung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person bei dem Führen (Lenken) des Lkw/Busses nicht um eine abtrennbare Einzelverrichtung, sondern nach einer wertenden Gesamtbeurteilung um eine wesentliche, unverzichtbare und damit prägende Tätigkeit handelte. Diese musste als Teil eines einheitlichen Lebensvorgangs einen untrennbaren Teil der Gesamttätigkeit der versicherten Person darstellen. Ihr Wegfall muss sich so dominierend auswirken, dass die Gesamttätigkeit ohne die Fahrerlaubnis der Klasse C oder D nicht mehr mit einem sinnvollen (bzw. bei Arbeitnehmern dem arbeitsvertraglich geschuldeten) Arbeitsergebnis ausgeübt werden kann.

Konkrete Verweisbarkeit: Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende andere Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit an-



gesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die in wirtschaftlicher Hinsicht (Vergütung) und sozialer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte der Bundesgerichtshof nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

Für Selbstständige und Gesellschafter gilt zusätzlich, dass ein Versicherungsfall nur dann vorliegt, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter nicht über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist und der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsbild verbleibt. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse sowie der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen. Bei der Einkommensminderung ist der Gewinn vor Steuern maßgeblich. Wir verzichten darauf, bei Selbstständigen und Gesellschaftern die Zumutbarkeit einer Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn der Betrieb des Selbstständigen oder Gesellschafters weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt (es zählen nur aus- oder angeleitete Angestellte; Praktikanten, Auszubildende und Werkstudenten berücksichtigen wir nicht).

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

b) Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

Versicherungsfall ist der Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (Personenbeförderungsschein) infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung der versicherten Person, welche diese für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt.

Das bedeutet, dass die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, ausschließlich wegen körperlicher Ursachen die Eignung zur Fahrgastbeförderung verloren hat, weswegen ein Gutachten entsprechend § 11 Fahrerlaubnisverordnung (FeV) vom 13. Dezember 2010 die fehlende Fahrtauglichkeit

- voraussichtlich mindestens für 6 Monate feststellt oder
- bereits mindestens für 6 Monate festgestellt hat

und der versicherten Person infolgedessen die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung nachweislich entzogen wird oder nicht wieder erteilt (verlängert) werden kann. Der Beginn der Sechs-Monats-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Wir leisten rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist. Die Sechs-Monats-Frist

beginnt mit dem Tag, für den das Gutachten erstmals die fehlende Fahrtauglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung feststellt.

Ihr Versicherungsschutz ist in diesem Zusatzbaustein von vornherein begrenzt auf körperlich bedingte Versicherungsfälle (siehe § 1 Absatz 23). Ausgeschlossen sind außerdem alle Fälle, die durch Alkoholkonsum oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten)). Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (Personenbeförderungsschein) für die Ausübung ihrer vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung).

"Überwiegend benötigt" bedeutet, dass es sich nach der konkreten Ausgestaltung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person bei der Fahrgastbeförderung nicht um eine abtrennbare Einzelverrichtung, sondern nach einer wertenden Gesamtbetrachtung um eine wesentliche, unverzichtbare und damit prägende Tätigkeit handelte. Diese musste als Teil eines einheitlichen Lebensvorgangs einen untrennbaren Teil der Gesamttätigkeit der versicherten Person darstellen. Ihr Wegfall muss sich so dominierend auswirken, dass die Gesamttätigkeit ohne die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung nicht mehr mit einem sinnvollen (bzw. bei Arbeitnehmern dem arbeitsvertraglich geschuldeten) Arbeitsergebnis ausgeübt werden kann.

Konkrete Verweisbarkeit: Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende andere Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die in wirtschaftlicher Hinsicht (Vergütung) und sozialer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte der Bundesgerichtshof nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

Für Selbstständige und Gesellschafter gilt zusätzlich, dass ein Versicherungsfall nur dann vorliegt, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter nicht über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist und der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsbild verbleibt. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tä-



tigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse sowie der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen. Bei der Einkommensminderung ist der Gewinn vor Steuern maßgeblich. Wir verzichten darauf, bei Selbstständigen und Gesellschaftern die Zumutbarkeit einer Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn der Betrieb des Selbstständigen oder Gesellschafters weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt (es zählen nur aus- oder angeleitete Angestellte; Praktikanten, Auszubildende und Werkstudenten berücksichtigen wir nicht).

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Zusatzbaustein Psyche: volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung - optional

(4) Versicherungsfall ist die volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung. Das bedeutet, dass die versicherte Person aufgrund einer Störung im Sinne des Kapitels V ("Psychische und Verhaltensstörungen") der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10-GM-2018; Stand 01.01.2018), die fachärztlich nachzuweisen ist,

- voraussichtlich mindestens 12 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage ist oder
- bereits für mindestens 12 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage gewesen ist,

3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben (Höhe der Einkünfte ist nicht maßgeblich). Versichert sind sowohl auf organischen als auch auf psychischen Ursachen beruhende Störungen im Sinne des ICD - Kapitel V. Ausgenommen sind nur die Diagnosen F10 - F19 ("Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen") und F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen); für diese besteht kein Versicherungsschutz, da sie durch den Gebrauch psychotroper Substanzen (z. B. Alkohol, Opiode, Cannabioide, Kokain, Lösungsmittel, usw.) bzw. durch Medikamentenmissbrauch verursacht sind. Maßgeblich ist das in der Anlage zu den AVB als Auszug abgedruckte Kapitel V ("Psychische und Verhaltensstörungen F00 - F99") des ICD-10-GM-2018 (Stand 01.01.2018) mit Ausnahme der Diagnosen F10 - F19 und F55.

Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, sowie der bisher ausgeübte Beruf der versicherten Person werden bei der Feststellung der vollen Erwerbsminderung nicht berücksichtigt. In beiden oben genannten Fällen leisten wir rückwirkend ab Beginn der 12-Monats-Frist. Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers ist für uns nicht bindend.

Bei diesem Zusatzbaustein gilt die primäre Risikobegrenzung nach § 1 Absatz 23 nicht, d. h. Ihr Versicherungsschutz umfasst bei diesem Zusatzbaustein insbesondere auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versiche-

rungsfälle. Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten)).

Übt die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt von 3 Stunden täglich oder mehr aus, besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall wird unwiderlegbar unterstellt, dass ihr diese Tätigkeit zumutbar und sie dazu mindestens im tatsächlich ausgeübten Umfang in der Lage ist. Unschädlich ist die Ausübung einer Erwerbstätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.

Zusatzbaustein Arbeitsunfähigkeit - optional

(5) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit liegt ab Beginn der ersten Krankschreibung vor, wenn die versicherte Person

- mindestens 3 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt 6 Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt oder
- mindestens 6 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und mindestens eine der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden ist.

Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen in ihrer Form § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) entsprechen und die Diagnose enthalten. Wir akzeptieren gleichwertige ärztliche Atteste. Wir erkennen Vorausbescheinigungen an, die zum Zeitpunkt der Ausstellung maximal 3 Monate in die Zukunft gerichtet waren (siehe § 7 Absatz 6).

Wenn wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung vorliegt.

(6) Arbeitsversuche im Rahmen einer ärztlich verordneten stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

Zusatzbaustein Pflege - optional

Zusätzliche lebenslange Pflegerente

(7) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig (siehe Absatz 1 p), zahlen wir **zusätzlich** die vereinbarte lebenslange Pflegerente und diese auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person.



Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung für die versicherte Person

(8) Sie können innerhalb von 3 Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer für die versicherte Person eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen. Wir bieten Ihnen dann ohne erneute Gesundheitsprüfung eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung nach einem verkaufsoffenen Tarif und dessen zugehörigen Annahmerichtlinien an. Die Anschluss-Pflegerenten-Versicherung beginnt mit dem Ablauf der Versicherungsdauer dieser Grundfähigkeitsversicherung. Wurden für diese Grundfähigkeitsversicherung Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse vereinbart oder andere besondere Vereinbarungen getroffen, gelten diese entsprechend auch für die Anschluss-Pflegerenten-Versicherung.

Voraussetzung für den Abschluss der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist:

- Die versicherte Person ist zum Ablauf der Versicherungsdauer nicht pflegebedürftig und
- für die versicherte Person wurde bisher kein Antrag auf Leistungen aus einer (gesetzlichen oder privaten) Pflegeversicherung gestellt und
- Ihr vorliegender Vertrag wurde nicht vorzeitig prämienfrei umgewandelt und
- wir verfügen zum Ablauf der Versicherungsdauer dieser Grundfähigkeitsversicherung über einen verkaufsoffenen Tarif einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung.

Dem Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsfragen steht nicht entgegen, dass wir Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, aber noch keine Zusatzleistungen wegen Pflegebedürftigkeit.

Die Höhe der monatlichen Pflegerente im Rahmen der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung können Sie in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit staffeln. Bezogen auf die in Absatz 1 Buchstabe p Doppelbuchstabe aa genannte Punktetabelle des ADL-Score dürfen aber folgende Höchstrenten nicht überschritten werden:

- Leistung bei einer Pflegebedürftigkeit, die 4 Punkte der Tabelle umfasst:
100 % der vorherigen Grundfähigkeitsrente, maximal 2.000,00 EUR pro Monat;
- Leistung bei einer Pflegebedürftigkeit, die 2 oder 3 Punkte der Tabelle umfasst:
75 % der vorherigen Grundfähigkeitsrente, maximal 1.500,00 EUR pro Monat;
- Leistung bei einer Pflegebedürftigkeit, die 1 Punkt der Tabelle umfasst:
50 % der vorherigen Grundfähigkeitsrente, maximal 1.000,00 EUR pro Monat.

Verfügt unser zum Ablaufzeitpunkt der Versicherungsdauer dieser Grundfähigkeitsversicherung verkaufsoffener Tarif der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung über eine Einstufung der Pflegebedürftigkeit, die nicht mehr im Wesentlichen mit der genannten Einteilung vergleichbar ist, werden die Höchstsummen angemessen neu prozentual gestaffelt und in der Höchststufe wieder mit 100 % der vorherigen Grundfähigkeitsrente, maximal 2.000,00 EUR pro Monat, gedeckelt.

Sonstige Regelungen für alle Versicherungsfälle

(9) Vorübergehende Besserungen gelten nicht als Unterbrechung. Eine Besserung bewerten wir dann als vorübergehend, wenn sie nach maximal 3 Monaten beendet ist.

(10) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese für alle Leistungen.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten nach § 153 VVG eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4) sowie
- wann wir die Überschüsse Ihres Vertrags gutbringen und wie wir sie je nach der von Ihnen gewählten Variante verwenden (Absatz 5).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

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

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmit-



telbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht. Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(3) a) Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen. Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, die in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass der Bestandsgruppe Überschüsse zugewiesen werden. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da für diese Versicherung keine oder allenfalls geringfügige Beiträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Bei Vertragsbeendigung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Be-

rechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vergleiche Absatz 5 Buchstabe e). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten und die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sind von Bedeutung.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0,00 EUR betragen.

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

(5) Es gibt nachstehende Überschüsse, die wir für Sie - gegebenenfalls je nach der von Ihnen gewählten Variante - folgendermaßen verwenden:

a) Beitragspflichtige Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

aa) Für beitragspflichtige Versicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und mit den jeweiligen Beiträgen verrechnet (Abzug vom Beitrag). Die Verrechnung hat zur Folge, dass im jeweiligen Versicherungsjahr nicht der volle Tarifbeitrag, sondern nur der entsprechend ermäßigte Zahlbeitrag gezahlt werden muss.

bb) Alternativ zu den laufenden Überschussanteilen kann die Überschussbeteiligung in Form einer Bonusrente gewählt werden.

Die Bonusrente wird in Prozent der versicherten Rente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Versicherungsfall die fällige Rente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungs-



pflicht geltenden Bonusrentensatz. Solange die versicherte Person ununterbrochen Versicherungsleistungen erhält, bleibt der Bonusrentensatz für diesen Vertrag unverändert. Wird sowohl eine Grundfähigkeitsrente als auch eine zusätzliche Pflegerente (gemäß § 1 Absatz 4) gezahlt, für die der Beginn der Leistungspflicht unterschiedlich war, können jeweils unterschiedliche Bonusrentensätze gelten. Werden keine Versicherungsleistungen gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente erbracht.

Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, gilt der Bonusrentensatz aus dem ersten Versicherungsfall auch für den neuen Versicherungsfall. Wird der Bonusrentensatz nach Versicherungsbeginn herabgesetzt, können Sie beantragen, die vertragliche Barrente ohne erneute Risikoprüfung mit Wirkung zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) so aufzustocken, dass insgesamt wieder der bei Versicherungsbeginn gültige Versicherungsschutz erreicht wird. Der Antrag muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugehen. Bei der versicherten Person darf bei der Beantragung sowie zum Zeitpunkt der Aufstockung weder ein Versicherungsfall eingetreten sein noch darf bereits ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden sein.

cc) Ist die Überschussvariante "Bonusrente" vereinbart, können Sie jederzeit einen Wechsel auf die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" beantragen.

dd) Ist die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" vereinbart, haben Sie bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis einen Wechsel ohne erneute Risikoprüfung auf die Überschussvariante "Bonusrente" zu beantragen.

Auch wenn wir auf eine erneute Risikoprüfung verzichten, dürfen wir prüfen, ob die Voraussetzungen für die Ausübung des Wechselrechts erfüllt sind.

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes;
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung oder Weiterbildung (Techniker, Fach- und Betriebswirt, Meister);
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses oder Abschluss Referendariat;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines

Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;

- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation, verbunden mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens;
- nachhaltige Einkommenserhöhung eines Nichtselbständigen bzw. Besoldungserhöhung eines Beamten um mindestens 10 % (maßgeblich: Bruttojahreseinkommen im Vergleich zum Vorjahr);
- nachhaltige Gewinnsteigerung eines Selbständigen um mindestens 30 % (maßgeblich: durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre im Vergleich zu den drei davorliegenden Jahren);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Der Wechselantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Außerdem müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet. Maßgeblich ist nicht der Zeitpunkt der Beantragung, sondern der Wechseltermin.
- Das Ereignis tritt erst nach dem Versicherungsbeginn ein.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels wird keine Leistungserhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie nach § 15 Absatz 2 oder 3 vorgenommen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist für die versicherte Person weder ein Versicherungsfall eingetreten noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist die versicherte Person nicht schwerbehindert und hat keinen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels bezieht die versicherte Person keine Leistung aus der



NÜRNBERGER Grundfähigkeitsversicherung oder hat eine solche Leistung bereits bezogen.

b) Beitragsfreie Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

Beitragsfreie Versicherungen (nicht jedoch Versicherungen nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer, wenn bei Ablauf der Beitragszahlungsdauer die Überschussbeteiligung in Form einer Bonusrente vereinbart war) erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent eines zum Ende des Versicherungsjahres eventuell vorhandenen Deckungskapitals. Ist zum Ende eines Versicherungsjahres kein Deckungskapital vorhanden, erhält die beitragsfreie Versicherung für dieses Jahr keine laufenden Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

War zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer Bonusrente vereinbart, gilt diese Überschussverwendung auch für die beitragsfreie Zeit vor Rentenbezug.

c) Versicherungen während eines Rentenbezugs (leistungspflichtige Versicherung)

Für Zeiten des Rentenbezugs gutgebrachte Überschussanteile bewirken zusätzlich zur garantierten Rentensteigerung (falls diese vereinbart wurde) eine jährliche Steigerung der versicherten Rente (gegebenenfalls einschließlich Bonusrente). Die Erhöhung aus der Überschussbeteiligung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

d) Bewertungsreserven (nicht leistungspflichtige und leistungspflichtige Versicherungen)

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

e) Bei Vertragsbeendigung

Bei Vertragsbeendigung (Ablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person), bei Zahlung einer lebenslangen Pflegerente spätestens zum Ablauf der Versicherungsdauer, werden gegebenenfalls vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile und die zugehörige Beteiligung an den Bewertungsreserven ausgezahlt. Zusätzlich wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahres anteilig bis zum Abrechnungstermin der beitragsfreien Versicherung gutgebracht.

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

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 13 Absätze 2 und 3 sowie § 14).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der von uns zugesagte Versicherungsschutz umfasst von vornherein nur solche Versicherungsfälle, die körperlich bedingt sind (primäre Risikobegrenzung, siehe § 1 Absatz 23). Der Versicherungsschutz umfasst daher keine psychisch oder psychosomatisch bedingten Versicherungsfälle.

Eine Ausnahme gilt für

- Gesetzliche Betreuung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe m)
- Intellekt (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe n)
- Orientierung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe o)
- Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe p)
- volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung (siehe § 2 Absatz 4)
- vorübergehende Arbeitsunfähigkeit (siehe § 2 Absätze 5 und 6)

Hier umfasst der Versicherungsschutz auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versicherungsfälle. Der Versicherungsschutz ist jedoch ausgeschlossen (Risikobegrenzung/Ausschluss), wenn der Eintritt des Versicherungsfalles verursacht ist

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Wir leisten jedoch bei allen einfach und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr);

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch folgende Handlungen, die durch Sie und/oder den insoweit Anspruchsberechtigten (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) und/oder die versicherte Person vorgenommen wurden:

- absichtliche Herbeiführung von Krankheit der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall der versicherten Person;
- absichtliche Verletzung des Körpers der versicherten Person;
- absichtliche Beeinträchtigung einer versicherten Grundfähigkeit der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung einer Infektion;
- versuchte Tötung bzw. Selbsttötung.



Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Handelnde diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie oder der insoweit Anspruchsberechtigte (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person vorsätzlich den Eintritt eines Versicherungsfalles der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;

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

f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn bei der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ein Versicherungsfall eintritt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn bei der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ein Versicherungsfall eintritt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

können.

Rücktritt

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

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich war.

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. War Ihr Vertrag vor dem Rücktritt prämienfrei umgewandelt, werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5).

Kündigung



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

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

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Vertragsänderung

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

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt,

zu dem wir von der Anzeigepflichtverletzung, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

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

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Irrtümliche Risikoeinschätzung

(18) Wir halten uns an unsere Erklärung gebunden, mit der wir den Antrag angenommen haben, wenn der für die Entscheidung zuständige Sachbearbeiter das Risiko falsch eingeschätzt oder die Angaben des Antragstellers nicht berücksichtigt hat.

Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

(19) Fehlerhafte Patientendokumentationen von Ärzten und Kliniken sowie fehlerhafte Krankenversicherungsauskünfte gehen nicht zu Ihren Lasten. Wenn Sie nachweisen, dass Umstände (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume) von Dritten (Ärzte, Kliniken, Krankenkassen, etc.) fehlerhaft dokumentiert bzw. gespeichert wurden und die Daten nicht den Tatsachen entsprechen (z. B. andere Erkrankung, anderer Befund), so werden wir auf die fehlerhaften Daten weder einen Rücktritt noch eine Kündigung noch eine Vertragsänderung noch eine Anfechtung stützen.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teiles neu.



Erklärungsempfänger

(21) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, gilt ein Bezugsberechtigter für die Erlebensfalleistungen als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen, in Ermangelung eines solchen ein für die Todesfalleistung Bezugsberechtigter. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein für die Todesfalleistung Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist in den Fällen der Sätze 2 und 3 kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins (siehe § 11 Absatz 1) als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?

Anzeige des Versicherungsfalls

(1) Für die Anzeige des Versicherungsfalls und das Beantragen von Leistungen besteht keine Meldefrist. Wenn Sie uns später informieren, leisten wir deshalb bereits rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist, bzw. bei dem Zusatzbaustein "Psyche" ab Beginn der 12-Monats-Frist.

(2) Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls vermeidet bzw. verringert etwaige Feststellungsschwierigkeiten in Bezug auf unsere Leistungspflicht.

Mitwirkungspflichten

Nach der Anzeige des Versicherungsfalls beginnen wir mit unseren Erhebungen und benötigen zu deren Durchführung Ihre Mitwirkung (siehe Absätze 3 bis 6). Ohne hinreichende Mitwirkung tritt in der Regel keine Fälligkeit der Versicherungsleistungen ein. Je nach dem Grad Ihres Verschuldens kann eine unterlassene Mitwirkung außerdem Ihren Versicherungsschutz gefährden (siehe Absätze 7 und 8). Bitte kommen Sie den Mitwirkungspflichten deshalb in Ihrem eigenen Interesse nach. Im Folgenden erläutern wir Ihnen, welche Mitwirkungspflichten allgemein (Absatz 3) sowie bei Eintritt eines Versicherungsfalls (Absatz 4), bei Tod (Absatz 5) und bei Kündigung bzw. Vertragsablauf (Absatz 6) bestehen. Wir stellen Ihnen außerdem dar, welche Folgen eine Verletzung dieser Mitwirkungspflichten haben kann (Absätze 7 und 8).

(3) Zu operativen Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern und/oder die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit

zu bessern, ist die versicherte Person nicht verpflichtet. Eine Nichtdurchführung einer solchen Operation steht unserer Leistungspflicht nicht entgegen.

Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person folgen. Dies gilt für:

- Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Seh- oder Hörhilfen);
- gefahrlose Heilbehandlungen, die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die eine sichere Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands bis unterhalb der Schwelle des versicherten Ausmaßes der Beeinträchtigung bieten. Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, Diäten einzuhalten oder einen Suchtentzug vorzunehmen, selbst wenn dies vom behandelnden Arzt angeordnet wurde und medizinisch indiziert ist.

(4) Mitwirkungspflichten im Versicherungsfall:

a) Wir sind befugt, die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von Attesten und Bescheiden zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten in deutscher Sprache bzw. in amtlich beglaubigter Übersetzung zur Verfügung zu stellen. Außerdem können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 23 vorgelegt werden.

Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, und zudem weitere Erhebungen selbst anstellen. Die versicherte Person hat sich durch von uns beauftragte Ärzte untersuchen zu lassen; der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

b) In allen Versicherungsfällen nach § 2 Absätze 1 bis 4 sowie Absatz 7 sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine Geburtsurkunde, die Namen und Geburtsort der versicherten Person enthält (Original oder beglaubigte Kopie);
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalls;



- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über Art und Umfang der beeinträchtigten Grundfähigkeiten. Wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet, akzeptieren wir auch die Berichte eines dort tätigen Arztes;

c) Bei Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit nach § 2 Absatz 1 Buchstabe a bis y und Absatz 2 Buchstaben b, c und d ist uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b ein Befundbericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung einzureichen. Der Facharzt muss die Beeinträchtigung, deren Ursache sowie deren Umfang (Ausmaß, Erreichen der versicherten Schwelle) und voraussichtliche Dauer bestätigen.

Bei allen Beeinträchtigungen muss der Facharzt zudem bestätigen, dass körperliche Ursachen der Grund sind. Dies gilt nicht bei:

- Gesetzlicher Betreuung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe m)
- Intellekt (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe n)
- Orientierung (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe o)
- Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe p)
- voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung (siehe § 2 Absatz 4)
- vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (siehe § 2 Absätze 5 und 6)

d) Bei Fahrerlaubnisverlust der Klasse A, B, T oder L nach § 2 Absatz 2 Buchstabe a sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b das verkehrsmedizinische Gutachten nach § 11 FeV sowie der behördliche Bescheid, mit dem die Fahrerlaubnis entzogen wurde (Original oder beglaubigte Kopie), einzureichen. Aus dem Gutachten soll sich ergeben, dass die Fahruntauglichkeit und der Entzug bzw. die Nichterteilung der Fahrerlaubnis körperliche Ursachen haben. Enthält das Gutachten nach § 11 FeV insoweit keine hinreichenden Feststellungen, ist auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu dem Gutachten ein Befundbericht eines Facharztes hinsichtlich der körperlichen Verursachung einzureichen.

e) Bei Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absatz 1 Buchstabe p sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;

- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie das dem Bescheid zugrunde liegende Gutachten;
- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird.

f) Bei voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung nach § 2 Absatz 4 sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b einzureichen:

- ein Befundbericht eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung. Der Facharzt muss die Störung (psychische oder Verhaltensstörung) sowie deren Umfang und voraussichtliche Dauer sowie die daraus folgende volle Erwerbsminderung bestätigen;
- der unbefristete Rentenbescheid, aus dem sich die volle Erwerbsminderung der versicherten Person allein aus medizinischen Gründen ergibt (Original oder beglaubigte Kopie);
- eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen der Beeinträchtigung geltend machen könnte.

g) Bei Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D oder beim Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung nach § 2 Absatz 3 sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b einzureichen:

- das verkehrsmedizinische Gutachten nach § 11 FeV sowie der behördliche Bescheid, mit dem die Fahrerlaubnis entzogen wurde (Original oder beglaubigte Kopie).
- Aus dem Gutachten soll sich ergeben, dass die Fahruntauglichkeit und der Entzug bzw. die Nichterteilung der Fahrerlaubnis körperliche Ursachen haben. Enthält das Gutachten nach § 11 FeV insoweit keine hinreichenden Feststellungen, ist auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu dem Gutachten ein Befundbericht eines Facharztes hinsichtlich der körperlichen Verursachung einzureichen.
- eine Beschreibung des Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- Nachweise über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
- eine Aufstellung über den derzeitigen Arbeitgeber der versicherten Person.

h) Bei einem Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz ist uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b die behördliche Anordnung des Tätigkeitsverbots im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie einzureichen.



i) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:

Bei einer Arbeitsunfähigkeit ist zwischen Leistungsvoraussetzungen und Mitwirkungspflichten zu unterscheiden.

aa) Leistungsvoraussetzungen:

Der bedingungsgemäße Versicherungsfall der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit hat unter anderem folgende Voraussetzungen, bei deren Nichtvorliegen selbst dann keine Leistungspflicht gegeben ist, wenn das Nichtvorliegen weder von Ihnen noch der versicherten Person noch von einem etwaigen dritten Anspruchsberechtigten zu vertreten ist. Die Regelungen der Absätze 7 und 8 gelten in diesem Zusammenhang nicht. Die Arbeitsunfähigkeit muss von Ärzten lückenlos entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) oder durch gleichwertige ärztliche Atteste bescheinigt werden. Die Bescheinigungen müssen die Diagnose enthalten. Wir erkennen Vorausbescheinigungen an, die zum Zeitpunkt der Ausstellung maximal 3 Monate in die Zukunft gerichtet waren. Ist die versicherte Person mindestens 3 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben, muss das ununterbrochene Fortbestehen im vierten bis sechsten Monat von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung bescheinigt werden. Ist die versicherte Person bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben, genügt es, dass mindestens eine der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden ist.

bb) Mitwirkungspflichten:

Auf Kosten des Anspruchstellers sind einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- die Bescheinigungen nach Buchstabe aa.

Absätze 7 und 8 gelten in diesem Zusammenhang.

(5) Im Todesfall sind uns bei beitragsfreien Versicherungen zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine amtliche Sterbeurkunde, die Alter und Geburtsort der versicherten Person enthält.

(6) Bei Kündigung oder Vertragsablauf sind uns bei beitragsfreien Versicherungen zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

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

(7) Unsere Leistungen werden erst fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in den Absätzen 3 bis 6 genannten Mitwirkungspflichten nicht er-

füllen, kann dies unter anderem zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht kann somit unter anderem dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird, selbst wenn die Mitwirkungsschuldlos unterbleibt. Bitte erfüllen Sie alle Mitwirkungspflichten deshalb vor allem in Ihrem eigenen Interesse.

(8) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den Absätzen 3 bis 6 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

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

(1) Nach Eingang der zur Prüfung vorgelegten Unterlagen werden wir Ihnen innerhalb von 10 Arbeitstagen mitteilen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen bzw. Sie über den Sachstand der Leistungsprüfung informieren. Bis zur Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen werden wir Sie spätestens alle 4 Wochen über den Fortgang der Leistungsprüfung informieren. Wenn zur Leistungsentcheidung weitere Unterlagen notwendig sind, fordern wir diese unverzüglich an.

(2) Wenn wir Leistungen nach § 2 Absätze 1 bis 7 wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit zusagen, gilt dies jeweils zeitlich unbegrenzt. Wir sprechen dann keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten, bis diese Leistungen nach einem der in § 1 genannten Gründe enden.

(3) Bei unseren Leistungen wegen eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz nach § 2 Absatz 1 Buchstabe q beträgt die Leistungsdauer 24 Monate. Unsere Leistungspflicht endet aus diesem Grund spätestens nach Ablauf dieser 24 Monate, ohne dass es einer Befristung unseres Anerkenntnisses bedürfte. Wir sprechen keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten, bis diese



Leistungen nach einem der in § 1 genannten Gründe enden.

(4) Bei unseren Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Absatz 5 und 6 beträgt die Leistungsdauer 24 Monate. Unsere Leistungspflicht endet aus diesem Grund spätestens nach Ablauf dieser 24 Monate, ohne dass es einer Befristung unseres Anerkenntnisses bedürfte. Wir sprechen keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten, bis diese Leistungen nach einem der in § 1 genannten Gründe enden.

§ 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen zu berücksichtigen.

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob diese Anordnung nach wie vor gilt.

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen eines Fahrerlaubnisverlusts anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob diese Anordnung oder der freiwillige Verzicht auf die Fahrerlaubnis nach wie vor besteht.

Auch im Rahmen der Nachprüfung verzichten wir auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt, wir prüfen nicht, ob die versicherte Person irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Wir können beim Zusatzbaustein Berufsfahrer jedoch erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne des § 2 Absatz 3 ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt des Versicherungsfalls entspricht. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten und/oder neue Ausbildungen zu berücksichtigen.

Mitwirkungspflichten

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Die Auskünfte haben Sie zu erteilen und an den Untersuchungen mitzuwirken. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet. Dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der

Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist. Die Bestimmungen des § 7 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn

- die gesetzliche Betreuung aufgehoben wird (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe m);
- die Fahrerlaubnis erteilt wird (siehe § 2 Absatz 2 Buchstabe a und § 2 Absatz 3);
- der Rentenbescheid eines Trägers der Gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks aufgehoben oder geändert wird;
- die versicherte Person bei voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung nach § 2 Absatz 4 eine Erwerbstätigkeit von 3 Stunden (oder mehr) ausübt;
- die versicherte Person im Versicherungsfall nach § 2 Absatz 3 (Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D oder Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung) eine berufliche Tätigkeit aufnimmt bzw. sich diese ändert;
- sich eine behördliche Anordnung nach Infektionsschutzgesetz ändert oder aufgehoben wird.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) darlegen. Unsere Versicherungsleistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden, sofern für den Vertrag noch Beitragszahlungspflicht besteht.

Keine Nachprüfung bei Arbeitsunfähigkeit

(5) Liegt nach der Erbringung von Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit nach § 2 Absatz 5 und 6 eine solche nicht mehr vor, werden wir mit Ablauf des letzten Monats, in dem letztmalig ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen wurde, von der Leistung frei. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Der Durchführung einer Nachprüfung entsprechend den Absätzen 1 bis 4 bedarf es in Bezug auf die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nicht. Sie müssen uns unverzüglich informieren, sobald keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir be-



rechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

(3) Den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins können Sie entnehmen, welche optionalen Zusatzbausteine Sie eingeschlossen haben.

§ 12 Wer erhält die Leistung?

(1) Wenn Sie keine abweichende Bestimmung treffen, leisten wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine der nachstehend bestimmten anderen Personen benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Haben Sie die Versicherung auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie uns als Bezugsberechtigten

- Ihren Ehegatten oder Lebenspartner oder deren Geschwister,
- Ihre Verwandten und Verschwägerter gerader Linie (Beispiel Eltern, Großeltern, Kinder, Enkel und deren Ehegatten bzw. deren Lebenspartner),
- Ihre Geschwister sowie deren Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner,

- Ihre Adoptivkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder oder Stiefeltern,
- Geschwister Ihrer Eltern oder
- Kinder oder Adoptivkinder Ihres Ehegatten oder Lebenspartners

benennen.

Haben Sie die Versicherung nicht auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie die versicherte Person oder deren Angehörige i.S.d. Satz 2 als Bezugsberechtigten benennen.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor eine unwiderrufliche Bezugsberechtigung verfügt haben.

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

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

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Rentenleistungen können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung sonstiger Ansprüche rechtlich möglich ist, wird diese wirksam, wenn sie uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt wird.

Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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



(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Terminen fällig. Die Beiträge sind bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu bezahlen, längstens jedoch bis zum Eintritt des Versicherungsfalles; bei Vertragsbeendigung aufgrund von Tod bis zur nächsten Beitragsfälligkeit.

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

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

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

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

(5) Wenn eine Leistung fällig wird, werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

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

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

Folgebeitrag

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

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

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

Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

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

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

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

§ 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Gestaltungsmöglichkeiten ohne erneute Risikoprüfung

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche Möglichkeiten Sie haben, um Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen oder zu erweitern. Auch wenn wir auf eine erneute Risikoprüfung verzichten, dürfen wir prüfen, ob bei der versicherten Person die Vor-



aussetzungen für die Ausübung der jeweiligen Gestaltungsmöglichkeit erfüllt sind.
Sie können Ihren Versicherungsschutz flexibel erhöhen und erweitern durch

- planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus (Absatz 1)
- ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie (Absatz 2 und 6)
- ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (Absatz 3 und 6)
- Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze (Absatz 4 und 6)
- Upgrade-Option ohne erneute Risikoprüfung (Absatz 5 und 6)

Bitte beachten Sie dabei, dass Erhöhungen des Leistungsumfanges regelmäßig auch zur Erhöhung des Versicherungsbeitrages führen.

Für die oben genannten Gestaltungsmöglichkeiten gilt, dass diese Rechte nur dann bestehen, wenn dieser Vertrag oder ein diesem Vertrag vorausgegangener Vertrag mit vollständiger Risikoprüfung zustande gekommen ist. Wenn Sie unsicher sein sollten, ob dies auf Ihren Vertrag zutrifft, können Sie uns gerne kontaktieren.

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

(1) Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Risikoprüfung. Die Erhöhung betrifft die versicherten Leistungen der Hauptversicherung sowie gegebenenfalls die optional eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Risikoprüfung (Nachversicherungsgarantie)

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

(2) Sie haben bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis und vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person die Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen. Die versicherte Grundfähigkeitsrente darf die berufsspezifische Höchstsumme, höchstens 3.000,00 EUR pro Monat (36.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen. Maßgeblich ist nicht das Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beantragung, sondern zum Wirksamkeitstermin.

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;

- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes;
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung oder Weiterbildung (Techniker, Fach- und Betriebswirt, Meister);
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses oder Abschluss Referendariat;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation, verbunden mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens;
- nachhaltige Einkommenserhöhung eines Nichtselbstständigen bzw. Besoldungserhöhung eines Beamten um mindestens 10 % (maßgeblich: Bruttojahreseinkommen im Vergleich zum Vorjahr);
- nachhaltige Gewinnsteigerung eines Selbstständigen um mindestens 30 % (maßgeblich: durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre im Vergleich zu den 3 davorliegenden Jahren);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Das Ereignis darf erst nach dem Versicherungsbeginn eingetreten sein. Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

(3) Sie haben ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, die Leistung der Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu er-



höhen. Die versicherte Grundfähigkeitsrente darf die berufsspezifische Höchstsumme, höchstens 3.000,00 EUR pro Monat (36.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen. Maßgeblich ist nicht das Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beantragung, sondern zum Wirksamkeitstermin. Die Erweiterung der Leistung muss mindestens 6 Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem die Erhöhung wirksam werden soll, bei uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze

(4) Ist die versicherte Person in der Deutschen Rentenversicherung versichert und erhöht sich die Regelaltersgrenze dieser Gesetzlichen Rentenversicherung oder erhöht sich die Regelaltersgrenze in einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person anspruchsberechtigtes Mitglied ist, können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze in der entsprechenden Versorgungseinrichtung erhöht wurde, maximal jedoch um fünf Jahre und höchstens bis zur jeweils neu festgelegten Regelaltersgrenze.

Voraussetzungen und Regelungen

- Der dann ausgeübte Beruf der versicherten Person und die dann aktuellen Annahmerichtlinien lassen das gewünschte Ablaufalter zu.
- Die Versicherungsdauer Ihres bestehenden Vertrags ist mindestens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr der versicherten Person vereinbart. Die Beantragung der Verlängerung erfolgt spätestens 15 Jahre vor dem neuen Ablauftermin.
- Eine Erhöhung der vereinbarten Rente findet nicht statt. Durch die Verlängerung ändert sich der Beitrag.
- Sie können die Verlängerung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen. Der Antrag muss innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze beziehungsweise für den Fall, dass die versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer berufsständischen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze des entsprechenden Versorgungswerkes gestellt werden.

Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein. Liegen die genannten Voraussetzungen vor, erstellen wir Ihnen einen Vorschlag auf Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung mit verlängerter Vertragslaufzeit nach den dann gültigen Annahmerichtlinien und einem verkaufsoffenen Tarif. Vertragswerte (Deckungskapital, Überschuss, bereits getilgte Abschlusskosten) werden übertragen. Bisher vereinbarte Risikozuschläge bzw. Leis-

tungsausschlüsse oder andere besondere Vereinbarungen, gelten auch für die neue Grundfähigkeitsversicherung. Mit dem Abschluss des Vertrages mit verlängerter Vertragslaufzeit endet der bisherige Vertrag.

Bisher eingeschlossene Zusatzversicherungen können auf Ihren Wunsch, sofern es die zum Zeitpunkt der Vertragsänderung aktuellen Annahmerichtlinien zulassen und diese tariflich möglich sind, wieder eingeschlossen werden. Die Versicherungs- und Leistungsdauer(n) der wieder eingeschlossenen Zusatzversicherung(en) bleibt(en) jedoch unverändert.

Upgrade-Option

Upgrade-Option ohne erneute Risikoprüfung

(5) Sie können innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person einmalig erklären, dass sich der Leistungsumfang Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung erweitert. Maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum Wirksamkeitstermin. Folgende Bausteine können einzeln oder zusammen nachträglich in den Vertrag aufgenommen werden:

- Zusatzbaustein Büro
- Zusatzbaustein Körperliche Arbeit
- Zusatzbaustein Mobilität
- Zusatzbaustein Berufsfahrer
- Zusatzbaustein Arbeitsunfähigkeit
- Zusatzbaustein Pflege

Die Upgrade-Option müssen Sie mindestens 6 Monate vor dem Zeitpunkt, zu dem die Leistungserweiterung wirksam werden soll, in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) ausüben. Der neue Beitrag wird nach dem ursprünglichen Tarif kalkuliert und ab dem Wirksamkeitstermin der Änderung fällig. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(6) Weitere Voraussetzungen und Regelungen

- Es wird kein Wechsel der Überschussvariante „Abzug vom Beitrag“ auf „Bonusrente“ nach § 3 Absatz 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd vorgenommen. (Gilt nur für Erhöhungen nach Absatz 2 oder 3.)
- Zum Zeitpunkt der Beantragung ist für die versicherte Person weder ein Versicherungsfall eingetreten, noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung ist die versicherte Person nicht schwerbehindert und hat keinen Antrag auf Anerkennung einer Schwerbehinderung gestellt.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung bezieht die versicherte Person keine Leistung aus der NÜRNBERGER Grundfä-



higkeitsversicherung oder hat eine solche Leistung bereits bezogen.

- Zum Zeitpunkt der Beantragung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung wird der Vertrag beitragspflichtig geführt.
- Die versicherte Person war innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Antrags nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig (gilt nur, sofern die Leistung nach Absatz 3 oder 5 erweitert wird).
- Die gesamte Monatsrente aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Grundfähigkeits- und Berufsunfähigkeits-(Zusatz)versicherungen (auch bei anderen Gesellschaften) darf nach erfolgter Leistungserhöhung 70 % des Bruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen; maßgeblich ist das durchschnittliche monatliche Bruttoeinkommen in den letzten 3 vollen Kalenderjahren vor dem Jahr der Erhöhung. Bei Berufsanfängern, die noch keine 3 volle Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das aktuelle Bruttogehalt maßgeblich. Bei Personen, die länger als 1 Jahr keine berufliche Tätigkeit ausgeübt und dann seit dem Wiedereinstieg noch keine volle 3 Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das durchschnittliche Bruttoeinkommen seit dem Wiedereinstieg maßgeblich (gilt nur, sofern die Leistung nach Absatz 2 oder Absatz 3 erweitert wird).

Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie nach den Absätzen 2 und 3 bzw. eine Erweiterung des Leistungsumfangs im Rahmen der Upgrade-Option nach Absatz 5 errechnet sich nach dem Erhöhungsbetrag bzw. dem Umfang der Leistungserweiterung, nach dem Alter der versicherten Person zum Wirksamkeitstermin der Änderung, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif herangezogen wird. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ihre garantierten Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht, sofern in den Bedingungen der Zusatzversicherung nichts anderes geregelt ist. Hierbei verwenden wir ebenfalls immer den ursprünglichen Tarif. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung bzw. Erweiterung der Versicherungsleistungen. Eine außerplanmäßige Erhöhung oder Erweiterung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie oder Upgrade-Option setzt die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (siehe § 6) nicht erneut in Lauf. Im Rahmen der Nachversicherungsgarantie besteht kein Recht auf eine isolierte oder darüber hinausgehende Erhöhung einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung, sofern in den Bedingungen der Zusatzversicherung nichts anderes geregelt ist.

Die Erhöhungsbeiträge unterliegen auch künftigen planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus, soweit die Regelungen der Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus dem nicht entgegenstehen.

(7) Während der Vertragslaufzeit können Sie Zusatzbausteine ausschließen. Der Ausschluss führt dazu, dass die im Baustein enthaltenen Leistungsinhalte nach Wirksamwerden nicht mehr Vertragsinhalt sind. Der Ausschluss muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt werden und wird zum nächsten Monatsersten nach Zugang Ihrer Erklärung bei uns wirksam. Ein Ausschluss ist nicht möglich, wenn Sie Leistungen aus diesem Vertrag beziehen oder bereits bezogen haben, Leistungen beantragt haben oder ein Versicherungsfall eingetreten ist. Der ab dem Wirksamkeitstermin des Ausschlusses fällige neue Beitrag wird nach dem ursprünglichen Tarif kalkuliert und errechnet sich nach dem Umfang der im Vertrag verbleibenden Leistungsinhalte, nach dem Alter der versicherten Person zum Ausschlussstermin und der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer.

Gestaltungsmöglichkeiten mit erneuter Risikoprüfung

Upgrade-Option mit erneuter Risikoprüfung

(8) Sie haben das Recht während der Vertragslaufzeit, den Leistungsumfang Ihrer Versicherung mit erneuter Risikoprüfung und entsprechend unserer dann gültigen Annahmerichtlinien zu erweitern. Hierfür wird an Stelle des bestehenden Vertrags eine neue Grundfähigkeitsversicherung nach einem dann verkaufsoffenen Tarif abgeschlossen. Ein vorhandenes Deckungskapital wird auf diesen neuen Vertrag übertragen. Der Änderungsantrag muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugehen.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter Risikoprüfung

(9) Wünschen Sie unabhängig von den Absätzen 1 bis 3 eine Erhöhung des Versicherungsschutzes haben Sie hierauf keinen Rechtsanspruch. Wir werden Ihre Anfrage aber gerne prüfen. Es wird dabei unter anderem eine erneute Risikoprüfung stattfinden, und möglicherweise können wir Ihrem Wunsch dann allenfalls dadurch entsprechen, dass wir Ihnen den Neuabschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrags nach einem dann verkaufsoffenen Tarif anbieten.

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

Entnahme der Beiträge aus etwaigem Überschussgut-haben



(1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, dass die Beiträge für die Versicherung aus dem Überschussguthaben entnommen und verrechnet werden, solange das Überschussguthaben hierfür ausreicht. Dies muss mit uns vor Beginn der Entnahme in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und kommt im vorliegenden Tarif nur dann in Betracht, wenn nach Wiederinkraftsetzung einer vorübergehend beitragsfreien Versicherung zeitweise eine verzinsliche Ansammlung der Überschüsse stattgefunden hat. Das Überschussguthaben wird entsprechend gemindert.

Befristete Umwandlung mit automatischer Wiederinkraftsetzung

(2) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, für maximal 12 Monate die Beitragszahlung auszusetzen. Dies muss mit uns vor Beginn in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und hat zur Voraussetzung, dass die herabgesetzte prämienfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 1,00 EUR nicht unterschreitet.

Ihr Vertrag wird für 12 Monate befristet im Sinne des § 18 umgewandelt. In dieser Zeit besteht nur reduzierter Versicherungsschutz in Höhe der prämienfreien Monatsrente nach Maßgabe des § 18. Nach 12 Monaten werden der volle Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung und die Beitragspflicht automatisch wieder in Kraft gesetzt. Sie können zudem jederzeit binnen der 12 Monate in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass die Wiederinkraftsetzung bereits früher zum Beginn des nächsten Versicherungsmonats erfolgt. Die automatische Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach der Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Beitragsstundung

(3) Sie können für den Zeitraum von bis zu 24 Monaten während der gesamten Vertragslaufzeit ohne Angabe von Gründen eine zinslose Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen. Die zu stundenden Beiträge dürfen dabei maximal so hoch sein, wie das Deckungskapital zu Beginn des Stundungszeitraums. Auf Nachfrage weisen wir Ihnen den möglichen Stundungszeitraum aus. Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 48 Monatsraten (Einzelrate mindestens 25,00 EUR) nachzahlen. Sofern Sie es wünschen, kann der Ausgleich gegebenenfalls auch durch eine Verrechnung mit einem eventuell vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie gegebenenfalls zwischen

einer Verringerung der Versicherungsleistungen und einer Erhöhung des Beitrags wählen. Eine erneute Stundung ist nur möglich, wenn die ausstehenden Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden. Für eine Stundung der Beiträge ist eine vorherige Vereinbarung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mit uns erforderlich.

Sonstige Möglichkeiten

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

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu erfolgen. Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihren Vertrag beenden wollen, müssen Sie ihn also ganz kündigen.

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

(2) Bei Kündigung endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr). Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. War Ihr Vertrag vor der Kündigung prämienfrei umgewandelt, werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5). Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, kommt es insoweit auf deren Versicherungsumfang an.

Keine Beitragsrückzahlung

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

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

Umwandlung

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass die Versi-



cherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird.

Dies ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Voraussetzung der Umwandlung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet.

Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft keine Beiträge mehr zahlen müssen. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person seit Vertragsschluss nicht verschlechtert hat. Details zu Wiederinkraftsetzungen finden Sie in Absatz 5.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an (bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes - siehe auch § 19 Absatz 2). Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der (unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.

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

(3) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung vermindern sich alle Leistungen in gleicher Weise wie die Monatsrente. Die Regelungen aus § 1 gelten nach einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung entsprechend vermindert. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, gilt für die garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn bei einer umgewandelten Versicherung ebenfalls der in den Allgemeinen Vertragsdaten genannte Prozentsatz.

Teilweise Umwandlung

(4) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihr Umwandlungsantrag unwirksam ist. In diesem Fall müssen Sie die vollständige Umwandlung beantragen.

Wiederinkraftsetzung

(5) Eine Wiederinkraftsetzung der prämienfreien Versicherung ist innerhalb von 3 Jahren nach erfolgter Umwandlung möglich und von einer erneuten Risikoprüfung abhängig.

Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung und ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Dabei gelten diejenigen Rechnungsgrundlagen, die der Vertrag zum Zeitpunkt der Umwandlung hatte. Nach einer Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Garantiewerte

(6) Eine Übersicht über die prämienfreien Renten ist in den Garantiewerten abgedruckt.

Kosten

§ 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen und in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige in den Beitrag einkalkulierte Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die



im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

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

(2) Wir wenden das sogenannte Zillmerverfahren an, nach dem wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für die Leistungen im Versicherungsfall und für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt ist. Der nach dem Zillmerverfahren zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten erforderliche Betrag ist auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten teils über die gesamte Beitragszahlungsdauer, teils über die gesamte Vertragslaufzeit.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Rente vorhanden sind. Die Kostenverrechnung nach Absatz 2 findet im Fall einer Prämienfreistellung jedoch nur eingeschränkt Anwendung, weil wir dann Mindestbeträge nach einer abweichenden Kostenverteilungsmethode berechnen und die prämienfreie Rente gegebenenfalls entsprechend aufstocken (siehe § 18). Nähere Informationen zur prämienfreien Rente können Sie den Garantiewerten entnehmen.

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

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

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden jeweiligen Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass der bei uns regelmäßig

entstehende jeweilige Aufwand der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, werden wir die Pauschale entsprechend herabsetzen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt für unsere Kapitalanlage?

Diese Versicherung ist eine klassische Risikoversicherung, bei der die nach § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG notwendige Deckungsrückstellung in unserem konventionellen Sicherungsvermögen angelegt wird.

Wir halten Vermögensanlagen mit besonderem Fokus auf Nachhaltigkeit, der sich gegenüber der allgemeinen Nachhaltigkeitsstrategie der NÜRNBERGER abhebt, mindestens in der Höhe, die den notwendigen Deckungsrückstellungen entspricht; unter Nachhaltigkeit werden dabei die drei Bereiche Umwelt (E), Soziales (S) und gute Unternehmensführung (G) verstanden. Dies steht unter dem Vorbehalt der Einhaltung des Grundsatzes der unternehmerischen Vorsicht mit seinen Anforderungen an Sicherheit, Qualität, Liquidität, Rentabilität und Verfügbarkeit des Gesamtportfolios.

Näheres zu den Aktivitäten der NÜRNBERGER im Bereich Nachhaltigkeit finden Sie in dem aufgrund gesetzlicher Verpflichtung jährlich veröffentlichten gesonderten nichtfinanziellen Konzernbericht (Nachhaltigkeitsbericht).

§ 22 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?

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

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

§ 23 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

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

unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, so-



weit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

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

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

maßgebend sein können.

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

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

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

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Versicherungsombudsmann

(1) Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de

www.versicherungsombudsmann.de
Telefon 0800 3696000*
Fax 0800 3699000*
** kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz*

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Für Fragen können Sie sich auch per E-Mail (info@nuernberger.de) an uns wenden.

Versicherungsaufsicht

(2) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de
Telefon 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Gerichtsstand

Außerdem haben Sie die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gilt:

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

(4) Klagen gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person



sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(5) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

Begriffsbestimmungen

AVB: Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.

Allgemeine Vertragsdaten: Die Allgemeinen Vertragsdaten finden Sie im Versicherungsschein und gegebenenfalls in den Ihnen übermittelten Nachträgen. Diese Information weist unter anderem die versicherungstechnischen Daten und die vertraglichen Leistungen der Haupt- sowie etwaiger Zusatzversicherungen aus. Dort haben wir Ihnen außerdem dokumentiert, ob und gegebenenfalls in welcher Höhe eine garantierte Rentensteigerung vereinbart ist und gegebenenfalls welche Zusatzbausteine Sie versichert haben (gewählte Zusatzbausteine: ja/nein).

Beitragsfreie Versicherung: Unter einer beitragsfreien Versicherung im Sinne dieser Bedingungen verstehen wir folgende Unterfälle:

- eine Versicherung mit bereits abgelaufener Beitragszahlungsdauer;
- eine Versicherung, die in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt worden ist (siehe hierzu auch unten unter dem Stichwort "Prämienfrei umgewandelte Versicherung").

Sind unsere Leistungspflicht und die damit verbundene Pflicht zur Beitragsbefreiung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, hat der Versicherungsnehmer zwar keine Beiträge mehr zu bezahlen; jedoch wird die Versicherung nicht als eine beitragsfreie Versicherung bezeichnet und geführt, sondern als leistungspflichtige Versicherung.

Deckungskapital: Das Deckungskapital Ihres Vertrags zu einem bestimmten Zeitpunkt ist ein Wert, der nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus den Beiträgen und Leistungen Ihres Vertrags in Abhängigkeit von der bis zu dem Zeitpunkt zurückgelegten Laufzeit ermittelt wird. Beachten Sie bitte dabei, dass die Kosten für den Abschluss des Vertrags, für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung Ihres Vertrags aus den Beiträgen bestritten werden. Somit kann nur der verbleibende Teil des Beitrags zur Bildung des Deckungskapitals verwendet werden.

Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L - optional: Wenn Sie den Zusatzbaustein "Mobilität" eingeschlossen haben, erhalten Sie unter anderem eine Leistung, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen

nicht mehr dazu in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, und ihr deswegen die Fahrerlaubnis der Klasse A, B, T oder L entzogen wird. Details: siehe § 2 Absatz 2 Buchstabe a.

Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D oder Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung - optional:

Wenn Sie den Zusatzbaustein "Berufsfahrer" abgeschlossen haben, erhalten Sie Leistung, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr dazu in der Lage ist, einen Lastkraftwagen oder Bus zu führen oder die Eignung zur Fahrgastbeförderung verloren hat, und ihr deswegen die Fahrerlaubnis entzogen wird, die sie für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt. Details: siehe § 2 Absatz 3.

Garantierte Rentensteigerung: Wenn Sie mit uns eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, erhöht sich unsere Rentenzahlung nach Eintritt eines Versicherungsfalles bis zu dessen Ende garantiert jährlich um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz. Details: siehe § 1 Absätze 5, 9, 13 und 17.

Hilfsmittel: Hilfsmittel sind Gegenstände, deren Gebrauch eine beeinträchtigte Körperfunktion ersetzt, erleichtert, ergänzt oder erst ermöglicht. In diesen AVB sind mit Hilfsmitteln nur zumutbare Hilfsmittel des täglichen Lebens gemeint, die weder mit Operationen noch mit gefährlichen Heilbehandlungen verbunden sind (es besteht z. B. keine Pflicht für ein Implantat). Ob und welche Hilfsmittel geeignet oder zumutbar sind, entnehmen Sie bitte den einzelnen Leistungsauslösern.

Leistungsdauer: Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird. Bei Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit entspricht die Leistungsdauer unserer Renten der Versicherungsdauer. Bei Rentenleistungen wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz (siehe § 1 Absätze 9 bis 12) oder wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (siehe § 1 Absätze 13 bis 16) ist die Leistungsdauer dagegen auf maximal 24 Monate begrenzt. Bei der zusätzlichen lebenslangen Pflegerente geht die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinaus (siehe § 1 Absätze 17 bis 20).

Mitwirkungspflichten: Bei den Mitwirkungspflichten (§ 7 Absätze 3 bis 6; § 9 Absätze 2 bis 4) handelt es sich um sogenannte Obliegenheiten. Obliegenheiten sind Pflichten minderen Grades, deren Erfüllung wir nicht einklagen können. Deren Nichterfüllung gefährdet jedoch Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise und kann zu einem Rechtsverlust führen bzw. dazu, dass Versicherungsleistungen jedenfalls nicht fällig werden. Bitte erfüllen Sie die Obliegenheiten deshalb in Ihrem eigenen Interesse. Eine schnelle Erfüllung beschleunigt unsere Erhebungen und führt zu einer früher möglichen Leistungsentscheidung.

Monatsrente: Bei allen versicherten Renten handelt es sich um Monatsrenten. Werden in Informationen Jahres-



renten ausgewiesen, handelt es sich dabei um die Summe aus 12 Monatsrenten.

Nachversicherungsgarantie: Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absätze 2, 3 und 6.

NÜRNBERGER Plus: Haben Sie mit uns planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen vereinbart (NÜRNBERGER Plus), beachten Sie bitte § 15 Absatz 1 sowie die dann Ihren Versicherungsbedingungen beige-fügten Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Prämie: ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

Prämienfrei umgewandelte Versicherung: Hierunter versteht man eine Versicherung, die ursprünglich gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen wurde und dann umgewandelt worden ist. Der Versicherungsvertrag bleibt durch die Umwandlung als solcher bestehen, wird jedoch umgestaltet: Die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt und unsere Leistungspflicht reduziert sich auf die prämienfreie Versicherungsleistung. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung der Prämienfreistellung, ob Ihrem Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann.

Primäre Risikobegrenzung: Das bedeutet, dass der Versicherungsschutz nicht erst nachträglich durch einen Ausschluss beschnitten wird, sondern von vornherein auf einen bestimmten Tatbestand begrenzt ist.

Risikoprüfung: Unter Risikoprüfung versteht man die Bewertung des zu versichernden Risikos durch den Versicherer. Die Gesundheitsprüfung ist ein Teil der Risikoprüfung. Man unterscheidet vollständige und vereinfachte Risikoprüfung/Gesundheitsprüfung. Die Unterschiede liegen im Umfang und der Tiefe der Prüfung.

Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz: Sie erhalten Leistung, wenn eine auf dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) beruhende behördliche Anordnung es der versicherten Person wegen einer bei ihr diagnostizierten Infektion (Infektion, Krankheit, Ausscheidung) bzw. eines entsprechenden Verdachts bzw. einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr verbietet, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeits-/Beschäftigungsverbot). Die Leistungsdauer ist auf maximal 24 Monate begrenzt. Details: siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe q.

Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze: Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, nach Erhöhung der Regelaltersgrenze die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung zu verlängern. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absatz 4.

Versicherte Person: Das ist die Person, auf deren Gesundheitszustand die Versicherung abgeschlossen ist. Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen und anhängenden Textteilen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsdauer: Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht

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

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

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

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

Volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung - optional: Wenn Sie diesen Zusatzbaustein abgeschlossen haben, erhalten Sie Leistung, wenn die versicherte Person aufgrund einer psychischen Störung oder Verhaltensstörung im Sinne des Kapitels V der von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebenen internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) vollständig erwerbsgemindert ist. Ausgenommen sind jedoch die Diagnosen F10 - F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) sowie F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen).

Zusatzversicherungen: Sofern Sie in Ihren Vertrag Zusatzversicherungen eingeschlossen haben, finden Sie dazu Regelungen in den entsprechenden Bedingungen zu den einzelnen Zusatzversicherungen, welche die AVB ergänzen und insoweit modifizieren.