



Allgemeine Bedingungen für den NÜRNBERGER Ernstfallschutz nach Tarif NES3300P

GN331065_202501

Inhalt

Einführung

Leistung

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

- § 15 Was gilt für Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen?

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 SEL: Versicherte schwere Erkrankungen und sonstige Leistungsauslöser

Einführung

Bitte beachten Sie, dass der in den nachfolgenden Bedingungen verwendete Begriff der Pflegebedürftigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung oder Pflegebedürftigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir für die versicherte Person?

Unsere Leistung bei Tod

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

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer und vor der Vollendung ihres 7. Lebensjahrs, zahlen wir die Todesfallsumme, maximal jedoch einen Betrag in Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten im Sinne von § 150 Absätze 3 und 4 VVG (Stand 2025: 8.000,00 EUR), und der Vertrag endet mit dem Tod.



a) Der Todesfallschutz besteht weltweit.

b) Eine Wartezeit besteht nicht.

c) Noch nicht mit einer Versicherungsleistung verrechnete Teilleistungen (Absatz 6) und/oder Soforthilfen (Absatz 7) werden von der Todesfalleistung abgezogen und nur noch der Differenzbetrag gezahlt, bei beitragspflichtigen Versicherungen mindestens jedoch 2.000,00 EUR und bei prämienfrei umgewandelten Versicherungen 10 % der aktuellen Todesfallsumme, mindestens 10,00 EUR und höchstens 1.000,00 EUR. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und die Todesfalleistung auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten begrenzt war.

d) Nach Ablauf der Karenzzeit des ersten vollen Versicherungsfalles einer schweren Erkrankung (Absatz 3) ermäßigt sich die auszahlbare Todesfalleistung auf 5.000,00 EUR, sofern sie vorher darüber lag. Eine Teilleistung und/oder Soforthilfe in Bezug auf den ersten vollen Versicherungsfall wird auf diesen ermäßigten Betrag nicht angerechnet. Eine Teilleistung und/oder Soforthilfe in Bezug auf den zweiten vollen Versicherungsfall wird entsprechend Buchstabe c angerechnet.

Unsere vorgezogene Todesfalleistung

(2) Liegt keine schwere Erkrankung im Sinne von Absatz 3 in Verbindung mit der Anlage SEL vor und beträgt die Restlebenserwartung der versicherten Person aufgrund einer Verletzung oder einer fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Erkrankung weniger als 12 Monate, wird die Todesfalleistung auf Antrag des Versicherungsnehmers bereits vor dem Tod der versicherten Person ausbezahlt.

Die Restlebenserwartung sowie die Verletzung bzw. die fortgeschrittene oder rasch fortschreitende unheilbare Erkrankung müssen durch 2 voneinander unabhängig praktizierende Fachärzte mit entsprechender Qualifikation attestiert werden.

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

b) Hat die versicherte Person zu dem Zeitpunkt, in dem wir die beiden Facharztatteste erhalten, ihr 7. Lebensjahr noch nicht vollendet, ist die vorgezogene Todesfalleistung entsprechend Absatz 1 begrenzt auf einen Betrag in Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten im Sinne von § 150 Absätze 3 und 4 VVG (Stand 2025: 8.000,00 EUR).

c) Noch nicht mit einer Versicherungsleistung verrechnete Teilleistungen (Absatz 6) und/oder Soforthilfen (Absatz 7) werden von der vorgezogenen Todesfalleistung abgezogen und nur noch der Differenzbetrag gezahlt, bei beitragspflichtigen Versicherungen mindestens jedoch 2.000,00 EUR und bei prämienfrei umgewandelten Versicherungen 10 % der aktuellen Todesfallsumme, mindestens 10,00 EUR und höchstens 1.000,00 EUR. Dies gilt auch dann, wenn die versicherte Person das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und die vorgezogene Todesfalleistung auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten begrenzt war.

d) Nach Ablauf der Karenzzeit des ersten vollen Versicherungsfalles einer schweren Erkrankung (Absatz 3) ermäßigt sich die auszahlbare vorgezogene Todesfalleistung auf 5.000,00 EUR, sofern sie vorher darüber lag. Eine Teilleistung und/oder Soforthilfe in Bezug auf den ersten vollen Versicherungsfall wird auf diesen ermäßigten Betrag nicht angerechnet. Eine Teilleistung und/oder Soforthilfe in Bezug auf den zweiten vollen Versicherungsfall wird entsprechend Buchstabe c angerechnet.

e) Sofern Sie keine anderweitige Bezugsrechtsverfügung getroffen haben, gilt für die vorgezogene Todesfalleistung die von Ihnen gegebenenfalls getroffene Bezugsrechtsverfügung "solange die versicherte Person lebt".

Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung beim ersten Versicherungsfall

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

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

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

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

b) Leistungshöhe: Eine eventuell erbrachte Teilleistung (vergleiche Absatz 6) und/oder Soforthilfe (vergleiche Absatz 7) wird von der Leistung bei schwerer Erkrankung abgezogen und nur noch der Differenzbetrag gezahlt. Abgezogen werden nur die erste Soforthilfe und die erste Teilleistung, auch wenn bereits 2 Soforthilfen und/oder 2 Teilleistungen erbracht worden sind.

c) Leistungsvoraussetzungen: Voraussetzung eines Zahlungsanspruchs ist, dass neben der ersten Diagnose auch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Diese Voraussetzungen sind durch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten Fachärzte zu attestieren. Wir sind befugt, die Diagnose und die Leis-



tungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharzttesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vergleiche § 9 Absatz 3 Unterabsatz 2).

Wartezeiten für den ersten Versicherungsfall

(4) Nur bei 3 Erkrankungen/Leistungsauslösern besteht eine Wartezeit. Sie beträgt für einen "invasiv wachsenden Krebs" (Anlage SEL - Ziffern I.2. und I.3.) 6 Monate, für eine "Angioplastie" (Anlage SEL - Ziffer II.4.) 3 Monate und für eine "Bypass-Operation" (Anlage SEL - Ziffer II.5.) 3 Monate.

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

b) Erfolgt während der Vertragslaufzeit eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungssumme, gelten bezüglich des erhöhten Teils entsprechende Wartezeiten, die mit dem im Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnen. Dies gilt insbesondere auch für Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie laut § 15 Absatz 6.

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

d) Im Fall einer Wiederinkraftsetzung eines länger als 6 Monate prämienvfrei umgewandelten Vertrags (§ 18) gelten erneut entsprechende Wartezeiten. Sie beginnen mit dem Änderungstermin (mittags 12 Uhr), der in dem die Wiederinkraftsetzung dokumentierenden Nachtrag genannt ist. Bitte prüfen Sie auch deshalb, ob nicht eine der in § 16 Absatz 1 bis 2 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.

e) Ist Ihr Vertrag durch Ausübung der Ernstfallschutz-Anschlussoption aus einer NÜRNBERGER Fondsgebundenen Rentenversicherung zustande gekommen, gilt bezüglich der Wartezeiten Folgendes:

- Für bereits vorher versicherte Erkrankungen/Leistungsauslöser entfällt grundsätzlich die Wartezeit.
- Haben Sie bei Abschluss des NÜRNBERGER Ernstfallschutz eine höhere Versicherungssumme als vorher vereinbart, so gelten bezüglich des erhöhten Teils die Regelungen der Wartezeiten gemäß Absatz 4 entsprechend.

Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung beim zweiten Versicherungsfall

Für den Versicherungsschutz des zweiten Versicherungsfalls gelten die Vorschriften für den ersten Versicherungsfall, insbesondere die Absätze 3 bis 4 und 6 bis 8, entsprechend, jedoch mit folgender Maßgabe:

(5) Die volle Versicherungssumme aufgrund einer schweren Erkrankung der versicherten Person wird im Tarif NES3300P insgesamt maximal 2-mal erbracht. Nach Ablauf der Karenzzeit des zweiten vollen Versicherungsfalls endet der Vertrag.

a) Nach Ablauf der Karenzzeit (Absatz 3 a) des ersten vollen Versicherungsfalls wird der Vertrag nicht beendet, sondern mit gleichbleibend hoher Versicherungssumme fortgeführt. Es besteht jedoch eine Wartezeit von 6 Monaten (vergleiche unten unter Buchstabe c). Nicht mehr versichert sind alle Erkrankungen und sonstigen Leistungsauslöser derjenigen Gruppe, in die der erste volle Versicherungsfall fällt. Insoweit maßgeblich ist die in der Anlage SEL vorgenommene Einteilung in Gruppen:

- I. Gut- und bösartige Tumore
- II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislaufsystems
- III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislaufsystems
- IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems
- V. Verletzungen
- VI. Erkrankungen des Bluts und der blutbildenden Organe sowie Infektionen
- VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

Es kann sein, dass der erste Teilversicherungsfall und der erste volle Versicherungsfall auf Erkrankungen aus unterschiedlichen Gruppen beruhen. Das hat zur Folge, dass danach nur kein Versicherungsschutz mehr für die Gruppe der Erkrankung des ersten vollen Versicherungsfalls besteht. Dagegen besteht weiterhin Versicherungsschutz für die Gruppe der Erkrankung des ersten Teilversicherungsfalls.

b) Läuft bei mehreren schweren Erkrankungen im Sinne der Anlage SEL die Karenzzeit gleichzeitig ab, gelten diese als einheitlicher gemeinsamer Versicherungsfall, für den nur einmaliger Versicherungsschutz besteht. Dies gilt sowohl beim ersten als auch beim zweiten vollen Versicherungsfall sowie für alle Teilleistungen.

Zu Ihren Gunsten gilt folgende Besserstellung: Fallen beim ersten einheitlichen gemeinsamen Versicherungsfall die Erkrankungen in verschiedene Gruppen, besteht für den zweiten Versicherungsfall und die zweite Teilleistung auch dann Versicherungsschutz, wenn die zweite Erkrankung in die gleiche Gruppe fällt wie eine der Erkrankungen des ersten einheitlichen gemeinsamen Versicherungsfalls.

c) Nach dem ersten vollen Versicherungsfall besteht eine Wartezeit von 6 Monaten. Die Wartezeit beginnt am Tag nach Ablauf der Karenzzeit des ersten vollen Versicherungsfalls. Tritt der zweite (Teil-)Versicherungsfall vor oder während dieser Wartezeit ein, besteht kein Versicherungsschutz. Maßgeblich für den Eintritt des zweiten (Teil-)Versicherungsfalls ist die erste Diagnose im Sinne des § 1 Absatz 3 Satz 1. Im Übrigen gelten für die Wartezeit Absatz 4 Buchstabe b bis d entsprechend.

d) Nicht mehr versichert sind beim zweiten (Teil-)Versicherungsfall außerdem folgende Erkrankungen bzw. Leistungsauslöser:

- Herztransplantation (Anlage SEL - Ziffer II.11.)
- Organtransplantation (Anlage SEL - Ziffer III.22.)
- HIV-Infektion (Anlage SEL - Ziffern VI.48. und VI.49.)
- Koma (Anlage SEL - Ziffer VII.51.)
- Pflegebedürftigkeit (Anlage SEL - Ziffer VII.52.)



e) Wird der zweite Versicherungsfall und/oder der zweite Teilversicherungsfall mittelbar oder unmittelbar durch den ersten vollen Versicherungsfall (mit-)verursacht, besteht für den zweiten Versicherungsfall und/oder Teilversicherungsfall kein Versicherungsschutz. Eine (Mit-)Ursächlichkeit des ersten Teilversicherungsfalls ist hingegen ohne Bedeutung.

f) Wird der zweite Versicherungsfall und/oder der zweite Teilversicherungsfall durch die gleiche Grunderkrankung (z. B. Diabetes), das gleiche Grundleiden oder den gleichen Risikofaktor (z. B. Bluthochdruck, Übergewicht, erhöhte Blutfettwerte) wie der erste volle Versicherungsfall (mit-)verursacht, besteht für den zweiten Versicherungsfall und/oder den zweiten Teilversicherungsfall kein Versicherungsschutz. Grunderkrankungen und -leiden sowie Risikofaktoren sind unschädlich, wenn sie sich nur auf den ersten Teilversicherungsfall und nicht auf den ersten vollen Versicherungsfall beziehen.

g) Leistungshöhe: Eine eventuell erbrachte Teilleistung (vergleiche Absatz 6) und/oder Soforthilfe (vergleiche Absatz 7) wird von der Leistung bei schwerer Erkrankung des zweiten vollen Versicherungsfalles in Abzug gebracht, sofern sie noch nicht mit der Leistung beim ersten vollen Versicherungsfall verrechnet worden sind, und nur noch der Differenzbetrag gezahlt.

Unsere Teilleistungen bei relativ häufig auftretenden schweren Erkrankungen

(6) Bei einem invasiv wachsenden Krebs, einem Herzinfarkt, einem Schlaganfall oder einer Multiplen Sklerose können Sie einen Teil der Versicherungssumme abrufen, obwohl neben der ersten Diagnose nicht alle für die volle Versicherungssumme maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Absätze 3 bis 5 gelten entsprechend und mit der Maßgabe, dass anstatt der in der Anlage SEL - Ziffern I.2., II.9., II.14. und IV.29. genannten Leistungsvoraussetzungen für die volle Versicherungssumme nur die in Anlage SEL - Ziffern I.3., II.10., II.15. und IV.30. genannten, weniger gewichtigen Leistungsvoraussetzungen für die Teilsumme gegeben sein müssen.

a) Die Teilsumme beträgt 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR, und ist in den Allgemeinen Vertragsdaten beziffert ausgewiesen. Bestehen bei uns mehrere Verträge mit Leistungen bei schwerer Erkrankung für die versicherte Person (z. B. Ernstfall-schutz(-Zusatz)versicherung, Ernstfallschutz Kids), ist die Summe der Teilleistungen aus allen Verträgen pro Versicherungsfall auf 25.000,00 EUR begrenzt.

Eine eventuell erbrachte Soforthilfe (vergleiche Absatz 7) wird von der Teilsumme in Abzug gebracht, sofern sie noch nicht mit einer Versicherungsleistung verrechnet wurde.

b) Eine Teilleistung wird bei späterem Tod auf die Todesfalleistung angerechnet, bei einem späteren Versicherungsfall auf die Versicherungssumme. Diese Anrechnung entfällt, sofern die Teilleistung bereits mit vorher erbrachten Leistungen verrechnet wurde.

c) Insgesamt können maximal 2 Teilleistungen geltend gemacht werden, und zwar auch dann, wenn dazwischen noch nicht die Karenzzeit eines ersten vollen Versicherungsfalles abgelaufen ist. Nach Ablauf der Karenzzeit eines vollen ersten Versicherungsfalles gilt für eine Teilleistung die Wartezeit von 6 Monaten (Absatz 5 c). Nach Ablauf der Karenzzeit eines vollen ersten Versicherungsfalles ohne

vorausgegangene Teilleistung kann nur noch eine einzige Teilleistung geltend gemacht werden.

Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer zur ersten Versicherungssumme zugehörigen Teilsumme nicht beendet, sondern fortgeführt, jedoch ohne weitere Teilsummen bei dieser Erkrankung. Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer zur zweiten Versicherungssumme zugehörigen Teilsumme nicht beendet, sondern fortgeführt, jedoch ohne weitere Teilsummen bei allen Erkrankungen.

d) Erfolgt eine zur ersten Versicherungssumme zugehörige Teilleistung, ohne dass die erste schwere Erkrankung die Leistungsvoraussetzungen für die volle erste Versicherungssumme erfüllt, besteht für die zur zweiten Versicherungssumme zugehörige Teilleistung auch dann Versicherungsschutz, wenn die der ersten und der zweiten Teilsumme zugrunde liegenden Erkrankungen in die gleiche Gruppe der Anlage SEL fallen.

Soforthilfe

(7) Von den Leistungen im Sinne des Absatzes 3 sowie 5 bis 6 wird 1-mal je Versicherungsfall, maximal 2-mal je Vertrag, ein Teilbetrag als Soforthilfe vorausgezahlt.

Die Vorauszahlung beträgt jeweils 5 % der Versicherungssumme, maximal 5.000,00 EUR. Bei der ersten Soforthilfe wird maximal die Summe der bis dahin gezahlten Beiträge gezahlt, bei der zweiten Soforthilfe maximal die Summe der bis dahin gezahlten Beiträge abzüglich der ersten Soforthilfe.

a) Eine Soforthilfe wird bei späterem Tod auf die Todesfalleistung angerechnet, bei einer späteren Teilleistung auf die Teilsumme bzw. einem späteren vollen Versicherungsfall auf die Versicherungssumme. Diese Anrechnung entfällt, sofern die Soforthilfe bereits mit vorher erbrachten Leistungen verrechnet wurde.

b) Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer zur ersten Versicherungssumme zugehörigen Soforthilfe nicht beendet, sondern fortgeführt, jedoch ohne weitere Soforthilfen bei dieser Erkrankung. Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer zur zweiten Versicherungssumme zugehörigen Soforthilfe nicht beendet, sondern fortgeführt, jedoch ohne weitere Soforthilfen bei allen Erkrankungen.

c) Die Zahlung der Soforthilfe erfolgt bereits vor Ablauf der Karenzzeit. Voraussetzung ist die Vorlage eines Facharzttests, das die erste Diagnose (Absatz 3 Satz 1) sowie die weiteren Leistungsvoraussetzungen bescheinigt. Sind in den Leistungsvoraussetzungen Einschränkungen, Beeinträchtigungen, Beschwerden, Schwächen, Funktionsstörungen oder Funktionsausfälle genannt, die über eine gewisse Dauer vorliegen müssen, genügt die entsprechende fachärztliche Prognose, dass die Dauer voraussichtlich erfüllt wird.

d) Die Rückforderung einer gezahlten Soforthilfe ist ausgeschlossen, selbst wenn sich die Bescheinigung des Facharztes durch weitere Erhebungen nicht bestätigen sollte. Ausgenommen hiervon sind Fälle, in denen der Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder der Anspruchsteller (z. B. Bezugsberechtigter, Abretungsgläubiger) die Unrichtigkeit der Bescheinigung bereits vor Auszahlung der Soforthilfe kannte.

e) Im Rahmen der Mitversicherung (§ 2) besteht kein Anspruch auf Soforthilfe.



Unsere Leistung aus der Überschussbeteiligung

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

Geltungsbereich

(9) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir für mitversicherte Kinder?

Mitversicherte Kinder und Mitversicherungsdauer

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

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

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

Unsere Leistung bei Tod eines mitversicherten Kindes

(2) Stirbt ein mitversichertes Kind während der Mitversicherungsdauer, zahlen wir 50 % der aktuellen Todesfallsumme für die versicherte Person, maximal jedoch 5.000,00 EUR.

Eine oder mehrere vorherige Teilleistungen und/oder Soforthilfen für die versicherte Person im Sinne des § 1 Absatz 6 und 7 und/oder die erste volle Versicherungsleistung für die versicherte Person (§ 1 Absatz 3) mindern diese Todesfallleistung für das mitversicherte Kind nicht.

a) Der Todesfallschutz besteht weltweit.

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

c) Eventuelle weitere Kinder bleiben mitversichert.

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

e) Eine vorgezogene Todesfallleistung für Kinder ist nicht mitversichert.

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

Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung eines mitversicherten Kindes

(3) Mitversicherungsfall ist die erste Diagnose des Eintritts einer schweren Erkrankung des mitversicherten Kindes im Sinne der Anlage SEL durch einen medizinischen Dienstleister (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt) während der Mitversicherungsdauer. Die erste Diagnose ist maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Mitversicherungsfalls.

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

a) Mitversichert sind 50 % der Versicherungssumme für die versicherte Person, maximal jedoch 35.000,00 EUR. Eine oder mehrere vorherige Teilleistungen (§ 1 Absatz 6) und/oder Soforthilfen (§ 1 Absatz 7) und/oder die erste volle Versicherungsleistung für die versicherte Person (§ 1 Absatz 3) mindern diese Mitversicherungsleistung nicht. Die Summe aller aufgrund schwerer Erkrankungen erbrachten Leistungen für alle mitversicherten Kinder beträgt maximal 50 % der für die versicherte Person aktuellen Versicherungssumme.

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

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

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

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

e) Ist sowohl bei einem mitversicherten Kind als auch bei der versicherten Person die erste Diagnose einer Erkrankung im Sinne der



Anlage SEL gestellt worden und damit jeweils der Versicherungsfall eingetreten, ist für unsere Leistungspflicht entscheidend, ob das mitversicherte Kind zuerst den Ablauf der Karenzzeit überlebt oder nicht. Überlebt zuerst das mitversicherte Kind seine Karenzzeit, zahlen wir die Mitversicherungssumme für das Kind, der Vertrag läuft weiter und nur der Mitversicherungsschutz für dieses Kind endet mit dem Ablauf der Karenzzeit. Überlebt zuerst die versicherte Person die für sie geltende Karenzzeit des zweiten vollen Versicherungsfalls durch schwere Erkrankung oder stirbt die versicherte Person vor Ablauf der für das Kind geltenden Karenzzeit, endet der gesamte Vertrag und damit auch der Mitversicherungsschutz. Wir zahlen dann nur die Versicherungsleistung bzw. die Todesfalleistung für die versicherte Person und keine Mitversicherungsleistung für das Kind.

Keine Teilsumme/Soforthilfe/vorgezogene Todesfalleistung, kein zweiter Versicherungsfall

(4) Der Mitversicherungsschutz für Kinder umfasst keine Teilsummen nach Anlage SEL - Ziffern I.3., II.10., II.15. und IV.30., keine Soforthilfe, keine vorgezogene Todesfalleistung und keinen Versicherungsschutz für einen zweiten Mitversicherungsfall.

Wartezeiten

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

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

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

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

b) Die 6-monatige Wartezeit nach Ablauf der Karenzzeit des ersten vollen Versicherungsfalls für die versicherte Person (§ 1 Absatz 5 c) ist ohne Bedeutung für den Mitversicherungsschutz des Kindes.

c) Erfolgt während der Vertragslaufzeit eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungssumme, gilt bezüglich des erhöhten Teils eine entsprechende Wartezeit, die mit dem im Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnt. Dies gilt insbesondere auch für Erhöhungen laut § 15 Absatz 6 im Rahmen der Nachversicherungsgarantie.

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

e) Im Fall einer Wiederinkraftsetzung eines länger als 6 Monate prämienvfrei umgewandelten Vertrags (§ 18) gilt erneut eine entsprechende Wartezeit. Sie beginnt mit dem Änderungstermin (mittags 12 Uhr), der in dem die Wiederinkraftsetzung dokumentierenden Nachtrag genannt ist. Bitte prüfen Sie auch deshalb, ob nicht eine der in § 16 Absatz 1 bis 2 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.

Mehrfacher (Mit-)Versicherungsschutz eines Kindes

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

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

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

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit erhalten nach § 153 VVG eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach 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) und
- wie wir die Überschüsse Ihres Vertrags 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 unmittelbar 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, Risikoversicherungen) 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. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

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

Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor. Die Bewertungsreserven werden zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vergleiche Absatz 5 Buchstabe c). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige 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 null Euro sein.

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

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

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

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

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

- verzinsliche Ansammlung bis zum Vertragsende;



- Anlage in einem Investmentfonds bzw. Fondsdepot (Invest-Bonus; weitere Einzelheiten dazu gegebenenfalls in den Besonderen Bedingungen für den Invest-Bonus).

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

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

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

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Der Mitversicherungsschutz für Kinder im Sinne von § 2 beginnt mit Versicherungsbeginn oder - wenn später - ab dem spätesten der folgenden Ereignisse:

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

Jedoch bestehen vor dem in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz und kein Mitversicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 13 Absätze 2 und 3 sowie § 14).

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

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

Ausschlüsse bei schwerer Erkrankung

(1) Die folgenden Ausschlüsse gelten sowohl für die Versicherung (§ 1) als auch für die Mitversicherung (§ 2). Für mitversicherte

Kinder gelten sie mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen jeweils nicht in der versicherten Person, sondern in der Person des mitversicherten Kindes erfüllt sein müssen.

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

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

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

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

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

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

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

g) unmittelbar oder mittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum der versicherten Person. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrognenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrognen (Medikamenten).



Ausschlüsse bei Tod

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

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

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

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

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

Zusätzlicher Ausschluss in der Mitversicherung

(4) Folgender Ausschluss gilt nur für die Mitversicherung (§ 2) zusätzlich:

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

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

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

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

können.

Rücktritt

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



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

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

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

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

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

Kündigung

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

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefährerheblichen 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 3 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Vertragsanpassung

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

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

Anfechtung

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

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 des Vertrags

(20) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird 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 Teils neu.

Erklärungsempfänger

(21) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, gilt ein Bezugsberechtigter für die Erlebensfallleistungen als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen, in Ermangelung eines solchen ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist in den Fällen des Satz 2 und 3 kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins (§ 11 Absatz 1) als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 8 Welche besonderen Verpflichtungen und Regelungen bestehen für Raucher?

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

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

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

Unverzügliche Anzeige des Versicherungsfalls bzw. Todesfalls

(1) Der Versicherungsnehmer hat uns den Eintritt eines Versicherungsfalls bzw. Todesfalls, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, unverzüglich anzuzeigen. Maßgeblich ist die Kenntnis des Todes der versicherten Person bzw. bei einer schweren Erkrankung die Kenntnis der ersten Diagnose (§ 1 Absatz 3 Satz 1, § 2 Absatz 3 Satz 1).

Bei einer schweren Erkrankung haben Sie die Anzeige also unverzüglich zu erstatten, sobald Ihnen die erste Diagnose bekannt ist

- und nicht erst, wenn die weiteren Leistungsvoraussetzungen, wie z. B. die fachärztliche Attestierung oder das Bestehen von Einschränkungen über eine gewisse Dauer, erfüllt sind. Steht das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zu (z. B. dem Bezugsberechtigten, Abtretungsgläubiger, Versicherten), ist auch der Dritte zur unverzüglichen Anzeige nach Kenntniserlangung verpflichtet.

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

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

Mitwirkungspflichten

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

Wir sind befugt, die Diagnose und die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharztattesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten zur Verfügung zu stellen. Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Außerdem können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 23 vorgelegt werden.

(4) Tod:

Bei Tod sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

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



(5) Vorgezogene Todesfallleistung:

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

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

(6) Schwere Erkrankung:

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

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

(7) Pflegebedürftigkeit:

Bei Pflegebedürftigkeit sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich einzureichen:

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

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

(9) Die Atteste nach Absatz 5 bis 7 müssen von einem approbierten Facharzt aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union stammen. Unter der Voraussetzung, dass es sich um ein praktizierendes Mitglied der dort ansässigen Ärztekammer handelt, ist auch ein Attest eines approbierten Facharztes aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet aus Australien, Großbritannien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, der Schweiz oder den USA ausreichend. Alle Atteste sind in deutscher Sprache oder auf Kosten des Anspruchserhebenden in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

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

- Verwandtschaftsverhältnis zur versicherten Person (leiblich, Stiefkind, adoptiert) sowie Name, Geburtstag und -ort des Kindes (Geburtsurkunde),
- Zeitpunkt der Adoption (Adoptionsurkunde),

- Zeitpunkt der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft (Heiratsurkunde),
- Zeitpunkt der Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt (Meldebescheinigung),
- Bestehen anderer Verträge mit Mitversicherungsschutz zugunsten des mitversicherten Kindes.

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

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

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

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

Kündigung und Vertragsablauf

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

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

§ 10 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 wir eine Leistungspflicht anerkennen bzw. Sie über den Sachstand der Leistungsprüfung informieren. Bis zur Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen werden wir Sie spätestens alle 4 Wochen über den Fortgang der Leistungsprüfung informieren. Wenn zur Leistungsentscheidung weitere Unterlagen notwendig sind, fordern wir diese unverzüglich an.

§ 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, dann 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.

§ 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 im Sinne des Satz 2 als Bezugsberechtigten benennen.

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

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

Abtretung und Verpfändung

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

Anzeige und Form

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. 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 Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

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, bitten wir Folgendes zu beachten:

Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlweise kalkuliert, sodass auch ein Zinseffekt berücksichtigt ist. Beispielsweise ist bei Umstellung von jährlicher auf monatliche Zahlweise der sich ergebende Monatsbeitrag höher als ein Zwölftel des Jahresbeitrags. Umgekehrt ist der Jahresbeitrag niedriger als 12 Monatsbeiträge.)

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten 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 entrichten; bei Vertragsbeendigung aufgrund Tod, vorgezogener Todesfalleistung oder Ablauf der Karenzzeit des zweiten vollen Versicherungsfalls nur bis zur nächsten Beitragsfälligkeit. Teilleistungen, Soforthilfen, der Ablauf der Karenzzeit des ersten Versicherungsfalls und/oder eines Mitversicherungsfalles beenden hingegen nicht die Pflicht zur Beitragszahlung.

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

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

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

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

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



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

Folgebeitrag

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

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

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

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

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

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

§ 15 Was gilt für Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen?

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

- Dies ist durch planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus möglich, die Sie bei Versicherungsbeginn und unter bestimmten Umständen auch noch während der Vertragsdauer vereinbaren können. Für diese enthalten die Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus detaillierte Regelungen.
- Bei bestimmten Ereignissen besteht innerhalb von 12 Monaten ab dem Ereignis die Möglichkeit zu außerplanmäßigen Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Regelungen hierzu finden Sie in den Absätzen 2 und 4.
- Innerhalb der ersten 3 Jahre nach Versicherungsbeginn besteht auch ohne bestimmte Ereignisse einmalig die Möglichkeit zu einer außerplanmäßigen Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die hierfür nötigen Voraussetzungen sind in den Absätzen 3 und 4 geregelt.
- Wünschen Sie unabhängig von diesen Voraussetzungen eine außerplanmäßige Erhöhung, prüfen wir gerne eine entsprechende Möglichkeit und nehmen dann eine erneute Gesundheitsprüfung vor. Vergleichen Sie hierzu Absatz 5.

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

(1) Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Erhöhung betrifft die Versicherungssumme für schwere Erkrankungen, die Teilsumme, die Todesfallsumme sowie gegebenenfalls eine optional eingeschlossene Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung. Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

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

(2) Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie haben bei den nachfolgend genannten, die versicherte Person betreffenden und nach Versicherungsbeginn eintretenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis und vor Vollendung des 46. Lebensjahres der versicherten Person die Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung um maximal 50 % der zuletzt geltenden Versicherungssumme zu erhöhen, höchstens aber auf eine Versicherungssumme von 200.000,00 EUR:

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes oder Beendigung der Elternzeit (mit der Besonderheit, dass die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten ab dem Ende der für dieses Kind genommenen Elternzeit verlangt werden kann);
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf, z. B. Praxis-/Kanzleigründung bzw. -übernahme) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer. Die zeitliche Einschränkung von 10 Jahren gilt nicht für Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte,



Apotheker, Rechtsanwälte, Notare, Steuerberater und Wirtschaftsprüfer;

- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt oder Techniker, Meisterprüfung);
- Erhöhung des regelmäßigen Bruttomonatseinkommens aus nicht-selbstständiger Tätigkeit
 - um mindestens 250 EUR oder
 - um mindestens 10 %im Vergleich zum Vormonat (ohne Sonderzahlung/Bonus);
- nachhaltige Gewinnsteigerung eines ausschließlich 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, Angehörigen freier Berufe und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

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. Für das Erhöhungsrecht maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum Erhöhungszeitpunkt.

Zusätzlich müssen die unter Absatz 4 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(3) Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Der Versicherungsnehmer hat ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 3 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, die Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung um maximal 50 % der zuletzt geltenden Versicherungssumme zu erhöhen, höchstens aber auf eine Versicherungssumme von 200.000,00 EUR. Für das Erhöhungsrecht maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum beantragten Erhöhungszeitpunkt.

Das Recht besteht nicht, wenn die Versicherung mit vereinfachter oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist.

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 4 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(4) Weitere Voraussetzungen der Erhöhung sind:

- Bei einer Erweiterung nach Absatz 2 ist das zur Erhöhung berechtigte Ereignis erst nach dem Versicherungsbeginn eingetreten.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne des § 1 Absatz 3 bis 7 eingetreten noch ein Leistungsantrag wegen schwerer Erkrankung gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Die gesamte Versicherungssumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen mit Absicherung von schweren Krankheiten (auch bei anderen Gesellschaften) darf das 7-Fache des Jahresbruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen; maßgeblich ist das durchschnittliche Jahresbruttoeinkommen in den letzten 3 vollen Kalenderjahren vor dem Jahr der Erhöhung.

Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungszeitpunkt, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei die ursprünglichen Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Ausscheidewahrscheinlichkeiten und Kosten) herangezogen werden. Ist eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen, werden deren garantierten Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht; hierbei verwenden wir ebenfalls immer die ursprünglichen Rechnungsgrundlagen.

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie setzt die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (siehe § 6) nicht erneut in Lauf. Die Erhöhung erstreckt sich immer auf den gesamten Vertrag. Die isolierte Erhöhung einzelner Vertragsbestandteile ist nicht möglich.

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

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

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter Gesundheitsprüfung

(5) 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 Überschussguthaben

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

Befristete Umwandlung mit automatischer Wiederinkraftsetzung

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

Ihr Vertrag wird für 12 Monate befristet im Sinne des § 18 umgewandelt. In dieser Zeit besteht nur reduzierter Versicherungsschutz in Höhe der prämienfreien Versicherungsleistung nach Maßgabe des § 18. Nach 12 Monaten werden der volle Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung und die Beitragspflichtigkeit ohne neue Wartezeiten (§ 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5) automatisch wieder in Kraft gesetzt. Sie können zudem jederzeit binnen der 12 Monate in Textform (z. B. 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 nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Beitragsstundung

(3) Sie können für den Zeitraum von maximal 24 Monaten 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 müssen Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung 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. Die Stundung ist nicht mit neuen Wartezeiten (§ 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5) verbunden.

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. zur nächsten Beitragsfälligkeit - mittags 12 Uhr) kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu erfolgen.

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

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

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 Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit - mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Dies ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen.

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 von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit sind. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich Ihr Gesundheitszustand seit Vertragsabschluss nicht verschlechtert hat. Details zu Wiederinkraftsetzungen finden Sie in Absatz 7.



(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 sowie ausgezahlte und noch nicht verrechnete Soforthilfen werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Be trägt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.

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

(3) Voraussetzung für die Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 1.000,00 EUR nicht unterschreitet.

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

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

Teilweise Umwandlung

(6) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Mindestbetrag von 25.000,00 EUR nicht unterschreiten. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihr Umwandlungsantrag unwirksam ist. In diesem Fall müssen Sie die vollständige Umwandlung beantragen.

Wiederinkraftsetzung

(7) Eine Wiederinkraftsetzung der prämienfreien Versicherung ist innerhalb von 3 Jahren nach erfolgter Umwandlung möglich und von einer erneuten Risikoprüfung abhängig. Im Fall der Wiederinkraftsetzung gelten neue Wartezeiten (§ 1 Absatz 4 und § 2 Absatz 5).

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

(8) Eine Übersicht über die prämienfreien Versicherungssummen 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 bzw. Todesfall 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.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme vorhanden



sind. Die Kostenverrechnung gemäß Absatz 2 findet im Falle einer Prämienfreistellung jedoch nur eingeschränkt Anwendung, weil wir dann Mindestbeträge nach einer abweichenden Kostenverteilungsmethode berechnen und die prämienfreie Versicherungssumme gegebenenfalls entsprechend aufstocken (siehe § 18). Nähere Informationen zur prämienfreien Versicherungssumme 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;
- Adress-Recherche aufgrund nicht angezeigter Anschriftenänderung;
- Bearbeitung einer Abtretung oder Verpfändung, sofern diese bei Ihrem Vertrag möglich sind;
- Entnahmen aus der freien Investmentanlage.

(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.

Haben Sie mit uns die Überschussverwendungsart Invest-Bonus vereinbart, unterliegt die für Ihre Versicherung erfolgende Anlage der Überschussanteile in Investmentfonds bzw. Fondsdepots (siehe Besondere Bedingungen für den Invest-Bonus) der Kapitalanlagestrategie des jeweiligen von Ihnen gewählten Fonds bzw. Fondsdepots.

Näheres zu den Aktivitäten der NÜRNBERGER im Bereich Nachhaltigkeit finden Sie in dem aufgrund gesetzlicher Verpflichtung jähr-

lich 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 Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

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

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

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

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

maßgebend sein können.

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

<https://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

Allgemeine Vertragsdaten: Die Allgemeinen Vertragsdaten finden Sie im Versicherungsschein und gegebenenfalls in den Ihnen übermittelten Nachträgen.

AVB: Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.

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.

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

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

Leistungsauslöser: Die im Tarif NES3300P versicherten Leistungsauslöser sind in der Anlage SEL näher beschrieben. Es handelt sich zum Teil um schwere Erkrankungen, zum Teil um sonstige Leistungs-



auslöser wie z. B. Operationen, Infektionen oder Pflegebedürftigkeit.

Mitversichertes Kind: Kinder im Sinne der Mitversicherung (§ 2) sind leibliche und adoptierte Kinder der versicherten Person sowie die im Haushalt der versicherten Person lebenden Stiefkinder der versicherten Person.

Nachversicherungsgarantie: In den ersten 3 Jahren nach Versicherungsbeginn oder bei bestimmten Ereignissen wie z. B. Heirat, Scheidung oder Einkommenssteigerung mit Karrieresprung haben Sie unter bestimmten weiteren Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absatz 2 bis 4.

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

Soforthilfe: Maximal 2-mal erbringen wir maximal 5.000,00 EUR bei schwerer Erkrankung. Die Soforthilfe kann bereits abgerufen werden, obwohl unter Umständen neben dem Versicherungsfall noch nicht sämtliche weiteren Leistungsvoraussetzungen gegeben sind, aber der Facharzt eine entsprechende Prognose gestellt hat. Die Soforthilfe kann in der Regel nicht zurückgefordert werden. Vergleichen Sie hierzu § 1 Absatz 7.

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

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

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

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

Versicherungsjahr: Damit ist der Zeitraum eines Jahres umfasst, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags

12 Uhr, der dem Datum des in den Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten 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.

Versicherungssumme: Sie bestimmt die Höhe des Versicherungsschutzes für unsere Leistungen bei einer schweren Erkrankung der versicherten Person. Um die Bedingungen verständlicher zu machen, sprechen wir manchmal klarstellend auch von "voller Versicherungssumme". Sie ist von der Teilsomme sowie von der Todesfallsumme zu unterscheiden. Die Zahlung und Anrechnung einer Teilleistung und/oder einer Soforthilfe auf eine volle Versicherungsleistung führt nicht dazu, dass Sie insgesamt weniger oder mehr als diese Versicherungssumme erhalten; dies gilt sowohl für den ersten als auch für den zweiten vollen Versicherungsfall.

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

Wartezeiten: Im Rahmen des Versicherungsschutzes (§ 1) besteht nur bei 3 Erkrankungen/Leistungsauslösern eine Wartezeit (vergleiche § 1 Absatz 4). Diese beträgt bei einem "invasiv wachsenden Krebs" (Anlage SEL - Ziffern I.2. und I.3.) 6 Monate sowie bei einer "Angioplastie" (Anlage SEL - Ziffer II.4.) und bei einer "Bypass-Operation" (Anlage SEL - Ziffer II.5.) jeweils 3 Monate. Nach Ablauf der Karenzzeit des ersten vollen Versicherungsfalls besteht für alle Erkrankungen des zweiten (Teil-)Versicherungsfalls eine Wartezeit von 6 Monaten (vergleiche § 1 Absatz 5 Buchstabe c).

Im Rahmen der Mitversicherung von Kindern (§ 2) besteht eine Wartezeit von 6 Monaten. Diese Wartezeit kommt dann nicht zum Tragen, wenn ein leibliches Kind erst später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird, denn die Wartezeit beginnt bei leiblichen Kindern bereits mit Versicherungsbeginn. Die 6-monatige Wartezeit kommt bei der Mitversicherung von leiblichen Kindern also allenfalls dann ganz oder teilweise zum Tragen, wenn das leibliche Kind zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bereits geboren war oder wenn es innerhalb der Wartezeit geboren wird. Für Stiefkinder und adoptierte Kinder kann ein abweichender Beginn der Wartezeit gelten (vergleiche § 2 Absatz 5).

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.