



Bedingungen für die NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung (NESZ2025C) mit Beitragsbefreiung im Versicherungsfall der Grundfähigkeitsversicherung (GFZ2025)

GN333112_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 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung ausgeschlossen?
- § 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung für die Zusatzversicherung?
- § 6 Welche besonderen Verpflichtungen und Regelungen bestehen für Raucher?
- § 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?
- § 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

§ 9 Wer erhält die Leistung?

Vertragserhöhung

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

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

Verhältnis zur Hauptversicherung

§ 14 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Begriffsbestimmungen

Anlage SEL: Versicherte schwere Erkrankungen und sonstige Leistungsauslöser

Einführung

Bitte beachten Sie, dass die in den nachfolgenden Bedingungen verwendeten Begriffe der Pflegebedürftigkeit und Grundfähigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankentagegeldversicherung übereinstimmen.

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir für die versicherte Person?

Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung

(1) 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 § 7 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 Erkrank-

kung (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 Buchstabe 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.

b) Leistungshöhe: Eine eventuell erbrachte Teilleistung (vergleiche Absatz 4) wird von der Leistung bei schwerer Erkrankung abgezogen und nur noch der Differenzbetrag gezahlt.

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



Wir sind befugt, die Diagnose und die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharztattesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vergleiche § 7 Absatz 3 Unterabsatz 3). Ab dem Ablauf der Karenzzeit des vollen Versicherungsfalls sind die Beiträge für diese Zusatzversicherung noch bis zur nächsten Beitragsfälligkeit zu entrichten.

Wartezeiten für den Versicherungsfall

(2) 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 § 10 Absätze 2 bis 4.

c) Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen (NÜRNBERGER Plus; vergleiche § 10 Absatz 1) 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 prämienvoll umgewandelten Vertrags (§ 13) 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 § 11 Absätze 1 bis 3 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.

Keine zweite Versicherungssumme

(3) Die volle Versicherungssumme aufgrund einer schweren Erkrankung der versicherten Person wird im Zusatztarif NESZ auch bei (gleichzeitigem) Eintritt mehrerer Erkrankungen insgesamt nur einmal erbracht. Danach endet die Zusatzversicherung.

Unsere Teilleistung bei relativ häufig auftretenden schweren Erkrankungen

(4) 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 1 und 2 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.

b) Eine Teilleistung wird bei einem späteren Versicherungsfall auf die Versicherungssumme angerechnet.

c) Der Zusatzversicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer Teilsumme nicht beendet, sondern fortgeführt, jedoch ohne Versicherungsschutz für weitere Teilsummen. Es kann insgesamt nur einmal eine Teilsumme beansprucht werden, auch bei (gleichzeitigem) Eintritt mehrerer Erkrankungen. Eine Teilleistung beendet nicht die Pflicht zur weiteren Beitragszahlung.

Keine Leistung aus dieser Zusatzversicherung bei Tod (allenfalls Überschüsse)

(5) Stirbt die versicherte Person bei laufender Beitragszahlung, wird diese Zusatzversicherung zur nächsten Beitragsfälligkeit beendet. Die Beiträge sind noch bis zur nächsten Beitragsfälligkeit zu entrichten. War diese Zusatzversicherung zuvor prämienvoll umgewandelt, wird sie in diesem Fall zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) beendet. Es erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufswerts aus dieser Zusatzversicherung. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Sie erhalten jedoch - wenn und soweit vorhanden - die Überschüsse und Bewertungsreserven aus dieser Zusatzversicherung (siehe § 3 Absatz 5).

Sonstige Regelungen

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(7) Im Rahmen dieser Zusatzversicherung beteiligen wir Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 3).

§ 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 in dieser Zusatzversicherung 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 schwerer Erkrankung eines mitversicherten Kindes

(2) 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 § 7 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 vorherige Teilleistung (§ 1 Absatz 4) für die versicherte Person mindert diese Mitversicherungsleistung nicht. Die Summe aller aufgrund schwerer Erkrankungen erbrachten Leistungen für alle mitversicherten Kinder beträgt maximal 50 % der für die versicherte Person aktuellen Versicherungssumme.

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

Maßgeblich ist das 14-tägige Überleben aller notwendigen Leistungsvoraussetzungen, wie nachfolgend unter Buchstabe 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 die für das Kind mitversicherte Versicherungssumme für schwere Erkrankungen ausgezahlt.

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

prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vergleiche § 7 Absatz 3 Unterabsatz 3).

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 oder stirbt die versicherte Person vor Ablauf der für das Kind geltenden Karenzzeit, endet die Zusatzversicherung und damit auch der Mitversicherungsschutz. Wir zahlen dann nur die Versicherungsleistung für die versicherte Person und keine Mitversicherungsleistung für das Kind.

f) Ein Mitversicherungsfall beendet nicht die Pflicht zur weiteren Beitragszahlung.

Keine Teilsumme

(3) Der Mitversicherungsschutz für Kinder umfasst keine Teilsummen nach Anlage SEL - Ziffern I.3., II.10., II.15. und IV.30.

Wartezeiten

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

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

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

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

b) Erfolgt während der Vertragslaufzeit eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungssumme, gilt bezüglich des erhöhten Teils eine entsprechende Wartezeit, die mit dem im Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnt. Dies gilt insbesondere auch für Erhöhungen laut § 10 Absätze 2 bis 4 im Rahmen der Nachversicherungsgarantie.

c) Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen nach § 10 Absatz 1 (NÜRNBERGER Plus) besteht keine Wartezeit. Werden solche planmäßigen Erhöhungen hingegen erst



nachträglich während der Vertragslaufzeit vereinbart, besteht einmalig ab der Hinzunahme des Bausteins NÜRNBERGER Plus eine entsprechende Wartezeit, die mit dem im entsprechenden Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnt.

d) Im Fall einer Wiederinkraftsetzung eines länger als 6 Monate prämienvfrei umgewandelten Zusatzversicherungsvertrags (§ 13) 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 § 11 Absätze 1 bis 3 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.

Mehrfacher (Mit-)Versicherungsschutz eines Kindes

(5) Ist ein Kind bei uns mehrfach (mit-)versichert, besteht für dieses Kind insgesamt nur Versicherungsschutz in Höhe des höchsten der Verträge. Dies gilt auch dann, wenn dieser höchste Vertrag die für Kinder zulässigen Höchstsummen (35.000,00 EUR) nicht überschöpft.

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

Keine Leistung bei Tod eines mitversicherten Kindes

(6) Stirbt ein mitversichertes Kind während der Mitversicherungsdauer, wird keine Leistung aus der Zusatzversicherung fällig. Mit dem Tod des mitversicherten Kindes endet der Mitversicherungsschutz für dieses Kind. Eventuelle weitere Kinder bleiben mitversichert.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten aus dieser Zusatzversicherung 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 (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung dieser Zusatzversicherung bei Ihrem konkreten Vertrag erfolgt (Absatz 3),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4) sowie
- wann wir die Überschüsse für diese Zusatzversicherung Ihrem Vertrag gutbringen und wie wir sie je nach der von Ihnen gewählten Variante verwenden (Absatz 5).

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

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

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift 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, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(3) a) Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen. Der Teil Ihres Vertrags, der auf diese Zusatzversicherung entfällt, erhält Anteile an den Überschüssen der entsprechenden Bestandsgruppe, die in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt ist. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da für diese Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu. Zeitpunkt und Höhe der Zuteilung des Anteils an den Bewertungsreserven aus dieser Zusatzversicherung richten sich nach den Regelungen der Hauptversicherung. 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.



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 des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung.

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

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

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

a) Beitragspflichtige Zusatzversicherungen

Für beitragspflichtige Zusatzversicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) für diese Zusatzversicherung zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und mit den für die Zusatzversicherungen zu zahlenden Beiträgen verrechnet (Abzug vom Beitrag).

b) Prämienfrei umgewandelte Zusatzversicherungen

Prämienfrei umgewandelte Zusatzversicherungen erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent eines zum Ende des Versicherungsjahres eventuell vorhandenen Deckungskapitals. Ist zum Ende eines Versicherungsjahres kein Deckungskapital vorhanden, erhält die prämienfrei umgewandelte Versicherung für dieses Jahr keine Überschüsse. Die laufenden Überschussanteile werden bis zum Vertragsende verzinslich angesammelt.

c) Bewertungsreserven

Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, hat Ihre Zusatzversicherung nach Absatz 3 Buchstabe b Anspruch auf Bewertungsreserven. Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrer Zusatzversicherung wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihrer Zusatzversicherung an der Entstehung der Bewertungsreserven misst.

Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor.

Die Bewertungsreserven werden bei Beendigung des gesamten Vertrags (Haupt- und Zusatzversicherung) zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (siehe Buchstabe d). 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 je-

weilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Bei Vertragsbeendigung

d) Bei Beendigung des gesamten Vertrags (Haupt- und Zusatzversicherung)

- wird bei der Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" keine Überschussbeteiligung aus dieser Zusatzversicherung ausgezahlt;
- werden verzinslich angesammelte Überschussanteile und die zugehörige Beteiligung an den Bewertungsreserven aus dieser Zusatzversicherung ausgezahlt. Zusätzlich wird bei einer beitragspflichtigen Zusatzversicherung der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahres für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgebracht. Bei prämienfreien Zusatzversicherungen wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahres anteilig bis zum Abrechnungstermin der prämienfreien Versicherung gutgebracht;

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

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung ausgeschlossen?

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

Ausschlüsse bei schwerer Erkrankung

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

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

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten ist, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch Sie als Versicherungsnehmer, den insoweit Anspruchsberechtigten (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
- c) durch absichtliche Herbeiführung einer der versicherten Erkrankungen oder eines anderen Leistungsauslösers, absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall, absichtliche (Selbst-)Verletzung, absichtliche (Selbst-)Vergiftung oder versuchte (Selbst-)Tötung, sei es durch Sie als Versicherungsnehmer, den insoweit Anspruchsberech-



tigten (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 Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge n (Medikamenten).

Zusätzlicher Ausschluss in der Mitversicherung

(2) Folgender Ausschluss gilt nur für die Mitversicherung (§ 2) zusätzlich: Wir leisten nicht, wenn der Mitversicherungsfall 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.

§ 5 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung für die Zusatzversicherung?

Für die vorvertragliche Anzeigepflicht und die Folgen ihrer Verletzung gelten auch in Bezug auf diese Zusatzversicherung die entsprechenden Regelungen in den Allgemeinen Bedingungen (AVB).

Rücktritt und Anfechtung

(1) Wenn der Teil des Vertrags, der auf diese Zusatzversicherung entfällt, durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts aus dieser Zusatzversicherung. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Wenn und soweit vorhanden, werden etwaige Überschussanteile aus dieser Zusatzversicherung ausgezahlt.

Kündigung

(2) Wenn wir den Teil des Vertrags, der auf diese Zusatzversicherung entfällt, kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 13 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 13 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet diese Zusatzversicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Verzicht auf Vertragsänderung bei schuldloser Verletzung

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

Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

(4) 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.

Erklärungsempfänger

Für die Hauptversicherung und sämtliche Zusatzversicherungen gilt in Erweiterung der Allgemeinen Bedingungen (AVB), dass wir auch im Fall bestimmter Störungen der Geistestätigkeit unsere Erklärung gegenüber bestimmten Dritten abgeben können. Das bedeutet zusammengefasst Folgendes:

(5) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, gilt ein Bezugsberechtigter für die 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 der Sätze 2 und 3 kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versiche-



rungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 6 Welche besonderen Verpflichtungen und Regelungen bestehen für Raucher?

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

(2) Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung für diese Zusatzversicherung 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 § 5. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Frage verpflichtet.

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

Unverzügliche Anzeige des Versicherungsfalls

(1) Der Versicherungsnehmer hat uns den Eintritt eines Versicherungsfalls, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, unverzüglich anzuzeigen. Maßgeblich ist bei einer schweren Erkrankung die Kenntnis der ersten Diagnose (§ 1 Absatz 1 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.

(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 rechtzeitig Kenntnis erlangt haben oder wenn Sie nachweisen, dass die Anzeige nicht grob fahrlässig unterlassen worden ist. Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Mitwirkungspflichten bei Eintritt eines (Mit-)Versicherungsfalls, bei Tod sowie bei Kündigung oder Vertragsablauf

(3) Nach der Anzeige des Versicherungsfalls beginnen wir mit unseren Erhebungen und benötigen zu deren Durchführung Ihre Mitwirkung (siehe Absätze 4 bis 10). Ohne hinreichende Mitwirkung tritt in der Regel keine Fälligkeit der Versicherungsleistungen ein, und je nach dem Grad Ihres Verschuldens kann eine unterlassene Mitwirkung außerdem Ihren Versicherungsschutz gefährden (siehe Absätze 11 und 12). Bitte kommen Sie den Mitwirkungspflichten deshalb in Ihrem eigenen Interesse nach.

Im Folgenden erläutern wir Ihnen, welche Mitwirkungspflichten bei Eintritt einer schweren Erkrankung (Absatz 4), bei Pflegebedürftigkeit (Absatz 5), Tod (Absatz 6), bei Kündigung oder Vertragsablauf (Absatz 7) und allgemein (Absatz 8) bestehen und dass Facharztteste 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 und 12).

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

(4) 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.

(5) Pflegebedürftigkeit:

Bei Pflegebedürftigkeit sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Absatz 4 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.



(6) Tod:

Im Todesfall sind uns im Zusammenhang mit der Auszahlung eines aus dieser Zusatzversicherung etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

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

(7) Kündigung und Vertragsablauf:

Bei Kündigung des gesamten Vertrags (Haupt- und Zusatzversicherung) oder Vertragsablauf des gesamten Vertrags (Haupt- und Zusatzversicherung) sind uns zur Auszahlung eines aus dieser Zusatzversicherung etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

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

(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 Absätze 4 und 5 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 Ansprucherhebenden 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 aus dieser Zusatzversicherung werden erst fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in den Absätzen 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 Verletzung der Mitwirkungspflicht kann somit unter anderem dazu führen, dass unsere Leistung aus dieser Zusatzversicherung nicht fällig wird, selbst wenn die Mitwirkung schuldlos unterbleibt. Bitte erfüllen Sie die Mitwirkungspflichten deshalb zuvorderst in Ihrem eigenen Interesse.

(12) Wird eine der Mitwirkungspflichten nach den Absätzen 3 bis 10 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung aus dieser Zusatzversicherung 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.

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

(1) Nach Eingang der zur Prüfung vorgelegten Unterlagen werden wir Ihnen innerhalb von 10 Arbeitstagen mitteilen, ob und in welchem Umfang 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.

§ 9 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. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit wi-



derrufen. Wenn wir mehrmals zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Zahlung ein eigener Versicherungsfall ein.

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

Abtretung und Verpfändung

(3) 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.

Vertragserhöhung

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

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

- Dies ist durch planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus möglich, die Sie bei Vertragsbeginn und unter bestimmten Umständen auch noch während der Vertragsdauer vereinbaren können. 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 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 aus der Zusatzversicherung. 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 Berufsunfähigkeitsschutzes 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 Absätze 1 bis 4 eingetreten noch ein Leistungsantrag wegen schwerer Erkrankung gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne der Hauptversicherung und/oder einer optional eingeschlossenen weiteren 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 Zusatzversicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei die ursprünglichen Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Ausscheidewahrscheinlichkeiten und Kosten) herangezogen werden.

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen, die Bedingungen für die NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen dieser Zusatzversicherung. Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie setzt nicht die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (§ 5) erneut in Lauf. Es besteht kein Recht auf eine isolierte oder darüber hinausgehende Erhöhung einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung. Bezüglich des erhöhten Teils gelten neue Wartezeiten entsprechend § 1 Absatz 2 und § 2 Absatz 4.

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 dieser Zusatzversicherung, haben Sie hierauf keinen Rechtsanspruch. Wir werden Ihre Anfrage aber gerne prüfen. Es wird dabei unter anderem eine erneute Gesundheitsprüfung 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

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

Beitragsstundung

(1) Sie können eine Stundung der Beiträge für diese Zusatzversicherung unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen, wenn dies für die Hauptversicherung möglich ist. Die Regelungen dazu entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung.

Eine Stundung der Beiträge dieser Zusatzversicherung ohne gleichzeitige Stundung der Beiträge der Hauptversicherung ist nicht möglich.

Reduzierung der Hauptversicherung

(2) Sie können die Hauptversicherung und diese Zusatzversicherung in unterschiedlichem Verhältnis entsprechend § 13 teilumwandeln, um die Höhe der versicherten NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung möglichst aufrechtzuerhalten und gleichzeitig den Beitragsaufwand zu reduzieren. Dadurch besteht Ihr Versicherungsschutz für das Risiko der schweren Erkrankung ganz oder teilweise fort. Vergleichen Sie hierzu § 13 Absatz 5.

§ 12 Wann können Sie Ihre Zusatzversicherung kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können diese Zusatzversicherung zusammen mit der Hauptversicherung oder auch nur diese Zusatzversicherung für sich allein in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen.

Eine teilweise Kündigung dieser Zusatzversicherung setzt voraus, dass die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Mindestbetrag von 10.000,00 EUR nicht unterschreitet. Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall diese Zusatzversicherung beenden wollen, müssen Sie sie also ganz kündigen.



Eine Kündigung der Hauptversicherung ohne gleichzeitige Kündigung dieser Zusatzversicherung ist nicht möglich, da die NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung mit der Hauptversicherung eine Einheit bildet und eine isolierte Fortführung dieser Zusatzversicherung als selbstständige Ernstfallschutz-Versicherung nicht möglich ist.

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

(2) Bei Kündigung endet diese Zusatzversicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr). Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts aus dieser Zusatzversicherung. Bei Beendigung des gesamten Vertrags (Haupt- und Zusatzversicherung) werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven (siehe § 3 Absatz 5) aus dieser Zusatzversicherung ausgezahlt.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 13 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 Ihr gesamter Vertrag 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.

a) Eine Umwandlung dieser Zusatzversicherung ohne gleichzeitige Umwandlung der Hauptversicherung ist nicht möglich.

Die Umwandlung dieser Zusatzversicherung setzt voraus, dass die herabgesetzte prämienfreie Versicherungssumme den Mindestbeitrag von 1.000,00 EUR nicht unterschreitet. Wird der Mindestbeitrag nicht erreicht, endet die Zusatzversicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr). Die Voraussetzungen für die Umwandlung der Hauptversicherung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung.

Eine Umwandlung der Hauptversicherung ohne gleichzeitige Umwandlung dieser Zusatzversicherung ist nicht möglich.

b) Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 11 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 der Hauptversicherung sowie dieser Zusatzversicherung.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, bei-

spielsweise daran, dass sich Ihr Gesundheitszustand seit Vertragschluss nicht verschlechtert hat. Im Fall der Wiederinkraftsetzung gelten neue Wartezeiten (§ 1 Absatz 2). Die 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.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung dieser Zusatzversicherung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals dieser Zusatzversicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des zugrunde liegenden 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 des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. 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 kein Vertragszweck Ihrer Zusatzversicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer NES-Zusatzversicherung erreicht bei bestimmten Vertragsgestaltungen nie einen positiven Wert. Wenn ein positiver Wert entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Versicherungsfälle 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 dieser Zusatzversicherung ist deren Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

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

(4) Tritt ein Versicherungsfall aus dieser Zusatzversicherung nach der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung ein, wird eine vor der Umwandlung erbrachte, noch nicht verrechnete Teilleistung nicht mehr voll, sondern nur noch verhältnismäßig angerechnet. Die Anrechnung wird im gleichen Verhältnis herabgesetzt wie die prämienfreie Versicherungssumme dieser Zusatzversicherung zur ursprünglichen Versicherungssumme.



Teilweise Umwandlung

(5) Eine teilweise Umwandlung dieser Zusatzversicherung setzt voraus, dass die verbleibende beitragspflichtige Versicherungssumme den Mindestbetrag von 10.000,00 EUR nicht unterschreitet. Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall diese Zusatzversicherung beenden wollen, müssen Sie sie also ganz kündigen.

Eine teilweise Umwandlung der Hauptversicherung ohne teilweise Umwandlung der Zusatzversicherung ist nicht möglich. Die Voraussetzungen für die teilweise Umwandlung der Hauptversicherung entnehmen Sie bitte den Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung.

(6) Möglich ist, dass Sie die Hauptversicherung und diese Zusatzversicherung in unterschiedlichem Verhältnis teilumwandeln, um die Höhe des Versicherungsschutzes bei schwerer Erkrankung möglichst aufrechtzuerhalten und den Beitragsaufwand zu reduzieren: Sie können einerseits die Hauptversicherung bis zu der nach den für die Hauptversicherung geltenden Bedingungen vorgeschriebenen Mindestleistung reduzieren, andererseits die Versicherungssumme aus der NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung nicht oder nur in geringerem Verhältnis reduzieren.

Garantiewerte

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

Verhältnis zur Hauptversicherung

§ 14 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, endet diese Zusatzversicherung.

(2) Der Beitrag zur Hauptversicherung und zu dieser Zusatzversicherung bildet eine Einheit. Es handelt sich um einen einheitlichen Beitrag zu einem einheitlichen Versicherungsvertrag (siehe Absatz 1 Satz 1). Wenn wir Ihnen den Beitragsteil, der auf diese Zusatzversicherung entfällt, der Höhe nach isoliert beziffern, dient dies nur zu Ihrer besseren Information. Nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer dieser Zusatzversicherung vor dem Ablauf der Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung reduziert sich der Gesamtbeitrag.

(3) In Ihrem Vertrag ist zusätzlich folgender Tarifbaustein B zur GFZ2025 beinhaltet:

Handelt es sich bei der Hauptversicherung um eine Grundfähigkeitsversicherung und ist für diese Hauptversicherung ein Versicherungsfall eingetreten und sind Sie aufgrund dessen von der Pflicht zur Zahlung des auf die Hauptversicherung entfallenden Beitrags befreit, dann befreien wir Sie in diesem Fall auch von der Beitragszahlungspflicht für die NES-Zusatzversicherung (siehe hierzu § 1 der AVB der Hauptversicherung). Die Beitragsbefreiung der NESZ endet mit einer Beendigung der Beitragsbefreiung der Hauptversicherung, spätestens mit Ablauf der Versicherungsdauer der NESZ.

Für den Tarifbaustein B gelten die AVB der Hauptversicherung. In Bezug auf die Überschussbeteiligung gilt für den Tarifbaustein B anstatt der AVB der Hauptversicherung jedoch § 3 dieser NESZ-Bedingungen mit folgender Ergänzung: Für Zeiten der Leistungspflicht auf Zusatztarif B entfallende Überschussanteile (in Prozent des Deckungskapitals) bewirken eine Erhöhung der Grundfähigkeitsrente der Hauptversicherung. Alle Erhöhungen aus der Überschussbeteiligung erfolgen jeweils zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Leistungsbeginn.

(4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung der Hauptversicherung vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Die versicherte Leistung der beitragspflichtigen Zusatzversicherung wird auf den Betrag herabgesetzt, der dem Teil der Hauptversicherungsleistung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird. Der wegfällende Teil der Zusatzversicherung wird in eine prämienfreie Versicherung nach § 13 umgewandelt.

(5) Ansprüche aus dieser Zusatzversicherung, die auf einem bereits vor der Kündigung oder prämienfreien Umwandlung der Hauptversicherung eingetretenen Versicherungsfall beruhen, werden durch die Kündigung oder die prämienfreie Umwandlung der Hauptversicherung nicht berührt. Maßgeblich ist, dass bereits vor der Kündigung/Umwandlung der Hauptversicherung sämtliche im jeweiligen Leistungsauslöser der NESZ (Anlage SEL) genannten Leistungsvoraussetzungen gegeben und die Karenzzeit nach § 1 Absatz 1 bzw. § 2 Absatz 2 abgelaufen war

(6) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung auf die NESZ.

Begriffsbestimmungen

AVB: Damit sind die Allgemeinen Bedingungen gemeint.

Allgemeine Vertragsdaten: Diese Information ist Bestandteil Ihres Versicherungsscheins. Sie finden sie gegebenenfalls auch in den Ihnen übermittelten Nachträgen. Die Allgemeinen Vertragsdaten weisen unter anderem die versicherungstechnischen Daten sowie die vertraglichen Leistungen der Haupt- und der Zusatzversicherung(en) aus.

Beitragsfreie Versicherung: Unter einer beitragsfreien Versicherung im Sinne dieser Bedingungen für die NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung (NESZ) verstehen wir folgende Unterfälle:

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

Beitragsbefreiung im Versicherungsfall der Grundfähigkeitsversicherung (Tarifbaustein B): Handelt es sich bei der Hauptversicherung um eine Grundfähigkeitsversicherung und ist für diese Versicherung der Versicherungsfall eingetreten und sind Sie aufgrund dessen von der Pflicht zur Zahlung des auf die Hauptversicherung entfallenden Beitrags befreit, dann befreien wir Sie in diesem Fall auch von der Beitragszahlungspflicht für die NESZ (siehe § 14 Absatz 3).



Erste Diagnose: Maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls aus dieser Zusatzversicherung 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 (siehe § 7 Absätze 1 und 2).

Hauptversicherung: Versicherung, zu der diese NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung abgeschlossen worden ist.

Karenzzeit: Der Anspruch auf die Versicherungsleistung bei schwerer Erkrankung erfordert neben dem Eintritt des Versicherungsfalls das 14-tägige Überleben aller Leistungsvoraussetzungen. Dieser Zeitraum wird bei der NESZ als Karenzzeit bezeichnet. Bitte beachten Sie, dass der in diesen Bedingungen verwendete Begriff der Karenzzeit nur für diese NESZ gilt. Die Karenzzeiten der NESZ und anderer Versicherungen stimmen nicht unbedingt überein.

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

LPartG: Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft

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

Mitwirkungspflichten: Bei den Mitwirkungspflichten nach § 7 Absätze 3 bis 10 handelt es sich um sogenannte Obliegenheiten. Obliegenheiten sind Pflichten minderen Grades, deren Erfüllung wir nicht einklagen können. Deren Nichterfüllung gefährdet jedoch Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise und kann zu einem Rechtsverlust führen (siehe § 7 Absatz 12) bzw. dazu, dass Versicherungsleistungen jedenfalls nicht fällig werden (siehe § 7 Absatz 11). Bitte erfüllen Sie die Obliegenheiten deshalb in Ihrem eigenen Interesse. Eine schnelle Erfüllung beschleunigt unsere Erhebungen und führt zu einer früher möglichen Leistungsentscheidung.

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 im Rahmen unserer Annahmerichtlinien zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 10 Absätze 2 bis 4.

NESZ: Abkürzung für diese NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung

NÜRNBERGER Plus: Haben Sie mit uns planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen vereinbart (NÜRNBERGER Plus), beachten Sie bitte § 10 Absatz 1 sowie die dann Ihren Versicherungsbedingungen beigefügten Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Prämie: ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

Prämienfrei umgewandelte Versicherung: Hierunter versteht man eine Versicherung, die ursprünglich gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen wurde und 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 auf die prämienfreie Versicherungsleistung reduziert. Ein Umwandeln dieser Zusatzversicherung ohne gleichzeitiges Umwandeln der Hauptversicherung ist nicht möglich. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung der Prämienfreistellung, ob Ihrem Interesse nicht durch eine der in § 11 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann.

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

Versicherte Person: Das ist die Person, auf deren Gesundheitszustand diese Zusatzversicherung 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.

Versicherungsdauer: Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz dieser Zusatzversicherung besteht. Die Versicherungsdauer der NÜRNBERGER Ernstfallschutz-Zusatzversicherung kann von der Versicherungsdauer der Hauptversicherung abweichen. Die Versicherungsdauer dieser NESZ können Sie den Allgemeinen Vertragsdaten unter den Leistungen der NESZ entnehmen ("versichert bis").

Versicherungsfall: Dies bezeichnet die erste Diagnose einer schweren Erkrankung im Sinne der Anlage SEL.

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 jeweils einem Versicherungsmonat.

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

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

Wartezeiten: Im Rahmen des Versicherungsschutzes aus dieser Zusatzversicherung (§ 1) besteht nur bei 3 Erkrankungen/Leistungs-

auslösern eine Wartezeit (vergleiche § 1 Absatz 2). 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.

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 4).