

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Gothaer Fähigkeitenschutz

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung	1
§ 1 Was ist versichert?	1
§ 2 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?	4
§ 3 Wann liegt eine schwere psychische Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen vor?	16
§ 4 Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vor?	18
§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	20
§ 6 Beginn des Versicherungsschutzes	21
Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt eines Leistungsfalls	21
§ 7 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages	21
§ 8 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?	23
§ 9 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	25
Nachprüfung der Leistungspflicht	26
§ 10 Was gilt für die Nachprüfung des Verlusts einer Grundfähigkeit, der Pflegebedürftigkeit oder einer schweren psychischen Erkrankung?	26
§ 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	26
Überschussbeteiligung	27
§ 12 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?	27
Kosten	30
§ 13 Abschluss- und Vertriebskosten	30
§ 14 Gebühren	31
Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge	32
§ 15 Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?	32
§ 16 Was gilt bei Kündigung?	32
§ 17 Was gilt bei Beitragsfreistellung und welche weiteren Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?	32
§ 18 Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?	36
§ 19 Wann können Sie Ihre versicherten Leistungen erhöhen?	37
§ 20 Wann können Sie den versicherten Umfang Ihrer Leistungen ändern?	40
§ 21 Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?	43
Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung	44
§ 22 Unter welchen Bedingungen können Sie in die Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?	44
Sonstige Regelungen	45
§ 23 Wer erhält die Versicherungsleistung?	45
§ 24 Beitragszahlung	45
§ 25 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)	46
§ 26 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung	47
§ 27 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?	47
Anhang: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	49

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Gothaer Fähigkeitenschutz

Der Gothaer Fähigkeitenschutz ist eine Grundfähigkeitsversicherung mit Schutz im Fall des Verlusts von Grundfähigkeiten. Grundfähigkeiten sind wichtige Fähigkeiten für alltägliche Tätigkeiten. Neben dem Sehen, Sprechen und Hören gehören dazu auch Fähigkeiten wie zum Beispiel das Heben und Tragen von Gegenständen. Sie können auch einen Schutz für den Eintritt schwerer psychischer Erkrankungen und für den Eintritt schwerer Krankheiten in Ihren Vertrag einschließen. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie auf den nächsten Seiten.

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

In diesen Bedingungen beschreiben wir unter anderem Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit, schwere psychische Erkrankungen und schwere Krankheiten. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in § 2-4.

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

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

Umfang der Versicherung

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Den Umfang des Versicherungsschutzes vereinbaren Sie mit uns bei Vertragsabschluss. Sie können den Umfang im Verlauf des Vertrags auch ändern, indem Sie eine Wechseloption nach § 20 ausüben. Der Versicherungsschutz kann diese Leistungen beinhalten:

- Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit in den Ausprägungen "Basis", "Plus" und "Premium"
- Schutz bei Pflegebedürftigkeit
- Schutz bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung
- Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit

Welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein«. Wie wir den Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, schwere psychische Erkrankungen und schwere Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen definieren, finden Sie in § 2-4.

- (2) Die Leistungen aus dem **Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit** erhalten Sie, wenn diese beiden Bedingungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person verliert innerhalb der vereinbarten »Versicherungsdauer« voraussichtlich dauerhaft eine Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen. Wann dies der Fall ist und was in diesem Zusammenhang "dauerhaft" bedeutet, beschreiben wir in § 2 Abschnitt I-II.
- Die verlorene Grundfähigkeit ist in dem Grundfähigkeitenpaket "Basis", "Plus" oder "Premium" enthalten, das Sie mit uns vereinbart haben. Näheres zu den Grundfähigkeitenpaketen "Basis", "Plus" und "Premium" finden Sie in Absätzen 6-8 und in § 2 Abschnitt II. Welches Grundfähigkeitenpaket Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein«.

In diesem Fall erbringen wir folgende Leistungen:

- a. Wir befreien Sie von der Pflicht zur Beitragszahlung für die Grundfähigkeitsversicherung, das heißt Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen. Dies gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person die Grundfähigkeit verloren hat.
- b. Wir zahlen Ihnen die vereinbarte monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rente.

Sie erhalten die genannten Leistungen unabhängig vom gewählten Grundfähigkeitenpaket auch, wenn

- die versicherte Person innerhalb der vereinbarten »*Versicherungsdauer* pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen wird (**Schutz bei Pflegebedürftigkeit**). Was wir unter Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt III.

Haben Sie den **Schutz bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung** mit uns vereinbart, so erhalten Sie die genannten Leistungen ebenfalls, wenn

- bei der versicherten Person innerhalb der vereinbarten »*Versicherungsdauer* eine schwere psychische Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen eintritt. Was wir unter einer schweren psychischen Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen verstehen, beschreiben wir in § 3. Ob Sie den Schutz mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*.

Die Zahlweise der Rente finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*. Die Rente zahlen wir immer zu Beginn einer »*Rentenzahlungsperiode*. Eine »*Rentenzahlungsperiode* ist bei jährlicher »*Rentenzahlweise* der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »*Stammtagen*. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate. Beginnt die Zahlung der Rente an einem Termin, der nicht Beginn einer »*Rentenzahlungsperiode* ist, so zahlen wir die erste Rente anteilig für den Rest dieser »*Rentenzahlungsperiode*.

Liegt der Verlust der Grundfähigkeit nicht mehr vor, stellen wir die genannten Leistungen ein. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen. Dasselbe gilt, wenn keine Pflegebedürftigkeit oder keine schwere psychische Erkrankung mehr vorliegt.

Bitte beachten Sie: Die Leistungen aus dem Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und schwerer psychischer Erkrankung erhalten Sie höchstens bis zum Ende der verbleibenden »*Leistungsdauer*. Die »*Versicherungs-* und »*Leistungsdauer* finden Sie im »*Versicherungsschein*. Die Begriffe sind auch in der "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)" erklärt. Bitte lesen Sie diese Informationen, sie sind sehr wichtig.

Näheres dazu, wie lange wir die Leistungen zahlen, finden Sie in Absatz 11.

- (3) Die unter Absatz 2 beschriebene Rentenleistung zahlen wir nicht mehrfach, sondern immer nur wegen einer Ursache. Das Vorliegen mehrerer Ursachen erhöht nicht die versicherte Leistung. Sie erhalten also aus dem Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und/oder schwerer psychischer Erkrankung insgesamt nur einmal die versicherte Rentenleistung. Das gilt auch für den Fall, dass der Verlust mehrerer Grundfähigkeiten vorliegt.
- (4) Die Leistungen aus dem **Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit** erhalten Sie, wenn
 - bei der versicherten Person innerhalb der vereinbarten »*Versicherungsdauer* eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eintritt und
 - Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben.

Was wir unter einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen verstehen, beschreiben wir in § 4. Ob Sie den Schutz mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*.

In diesem Fall zahlen wir Ihnen eine einmalige Leistung in Höhe der »*garantierten versicherten Rente* des Schutzes bei Verlust einer Grundfähigkeit für ein Jahr. Sollten Sie mit uns den »*Sofortbonus* als Art der »*Überschussverwendung* vereinbart haben, zahlen wir Ihnen zusätzlich einen entsprechenden »*Sofortbonus*. Näheres dazu finden Sie in § 12 Abschnitt III Absatz 1.

Nachdem wir diese einmalige Leistung gezahlt haben, endet der Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit. Er kann auch nicht erneut eingeschlossen werden. Wir zahlen die Leistung aus dem Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit somit nur einmalig innerhalb der Vertragsdauer Ihrer Grundfähigkeitsversicherung.

- (5) Aus dem Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit haben Sie erst 14 Tage nach der ärztlichen Diagnose Anspruch auf die Leistung. Wenn die versicherte Person innerhalb dieser 14 Tage verstirbt, haben Sie keinen Anspruch auf die Leistung.
- (6) Falls Sie das Grundfähigkeitenpaket "**Basis**" mit uns vereinbart haben, erhalten Sie Leistungen, wenn die versicherte Person eine dieser Grundfähigkeiten voraussichtlich dauerhaft verliert:

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Gehen
- Treppen steigen
- Stehen
- Knien
- Bücken
- Heben/Tragen
- Intellekt
- Eigenverantwortliches Handeln

Was wir genau unter diesen Grundfähigkeiten verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt II Absätze 1-11.

- (7) Falls Sie das Grundfähigkeitenpaket "**Plus**" mit uns vereinbart haben, sind alle Grundfähigkeiten des Grundfähigkeitenpakets "Basis" versichert. Zusätzlich erhalten Sie Leistungen, wenn die versicherte Person eine dieser Grundfähigkeiten voraussichtlich dauerhaft verliert:

- Armgebrauch
- Händegebrauch
- Sitzen
- Gleichgewichtssinn

Was wir genau unter diesen Grundfähigkeiten verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt II Absätze 12-15.

- (8) Falls Sie das Grundfähigkeitenpaket "**Premium**" mit uns vereinbart haben, sind alle Grundfähigkeiten der Grundfähigkeitenpakete "Basis" und "Plus" versichert. Zusätzlich erhalten Sie Leistungen, wenn die versicherte Person eine dieser Grundfähigkeiten voraussichtlich dauerhaft verliert:

- Schreiben
- Computer-, Smartphone- oder Tabletnutzung (Tippen)
- Bildschirmtätigkeit
- Autofahren
- Mobilität

Was wir genau unter diesen Grundfähigkeiten verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt II Absätze 16-20.

- (9) Für den Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit, den Schutz bei Pflegebedürftigkeit und den Schutz bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung gilt: Bis wir entschieden haben, ob wir Ihren Antrag auf Leistung anerkennen, stunden wir Ihre Beiträge zinslos. Das bedeutet, Sie müssen zunächst keine Beiträge zahlen. Wenn wir die Leistung nicht anerkennen, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Falls Sie den Betrag nicht auf einmal bezahlen möchten, können wir auch vereinbaren, dass Sie ihn in Raten über maximal 24 Monate bezahlen. Sie können die Raten monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich zahlen. Wenn auch dies für Sie schwierig ist, sprechen Sie uns bitte an. Unter Umständen gibt es weitere Möglichkeiten, Ihnen die Nachzahlung der gestundeten Beiträge zu erleichtern. Dazu gehört auch die Möglichkeit, dass wir die gestundeten Beiträge durch eine Änderung Ihres Vertrages verrechnen. In diesem Fall müssen Sie die Beiträge nicht nachzahlen. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab. Die herabgesetzten Leistungen dürfen jedoch die beitragsfreien Mindestsummen nicht unterschreiten. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

- (10) Für

- den Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit,
- den Schutz bei Pflegebedürftigkeit und
- den Schutz bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung

haben Sie ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf die Leistungen:

- Der Monat, nachdem der Verlust der Grundfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit bzw. die schwere psychische Erkrankung eingetreten ist.
- Frühestens aber zum Beginn des jeweiligen Schutzes. Dies gilt insbesondere, wenn Sie weitere Grundfähigkeiten oder den Schutz bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung erst

nach Vertragsbeginn mit uns vereinbaren.

Wir leisten auch rückwirkend. Wir zahlen die Leistungen für die Zeit, für die Sie den Verlust der Grundfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit oder die schwere psychische Erkrankung nachweisen. Voraussetzung ist, dass Sie uns den jeweiligen Versicherungsfall in »Textform« melden.

Auch bei rückwirkenden Leistungen gilt, dass wir keine gleichzeitigen Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder schwerer psychischer Erkrankung zahlen.

- (11) Die Zahlung der Rente wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder schwerer psychischer Erkrankung beenden wir in diesen Fällen:

- Die »*Leistungsdauer*« ist abgelaufen.
- Die versicherte Person ist verstorben.

Außerdem beenden wir unsere Leistungen, wenn die versicherte Person die Voraussetzungen aus Absatz 2 nicht mehr erfüllt. Das bedeutet:

- Die versicherte Person erhielt Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit und der Verlust der Grundfähigkeit liegt nicht mehr vor, oder
- die versicherte Person erhielt Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit und es besteht nun keine Pflegebedürftigkeit mehr, oder
- die versicherte Person erhielt Leistungen wegen einer schweren psychischen Erkrankung und es liegt nun keine schwere psychische Erkrankung mehr vor.

In den drei zuvor genannten Fällen müssen Sie dann auch wieder Beiträge zahlen. Näheres dazu, wie wir unsere Leistung bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht einstellen, finden Sie in § 10.

Wenn bei der versicherten Person wegen der ursprünglichen Ursache erneut ein Verlust derselben Grundfähigkeit vorliegt, leisten wir wieder bis zum Ende der »*Leistungsdauer*«. Das ist selbst dann der Fall, wenn die »*Versicherungsdauer*« bereits abgelaufen ist. Dies gilt entsprechend für die Leistung bei Pflegebedürftigkeit und die Leistung bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung.

- (12) Außer den im »*Versicherungsschein*« ausgewiesenen »*garantierten Leistungen*« erhalten Sie weitere Leistungen aus der »*Überschussbeteiligung*« (siehe § 12).

- (13) Der Versicherungsschutz aus der Grundfähigkeitsversicherung besteht weltweit.

- (14) Wenn Sie Fragen zu Ihrem Vertrag haben, helfen wir Ihnen gerne. Wir beantworten außerdem gerne Fragen

- zum Umfang Ihres Versicherungsschutzes,
- zu den eingeschlossenen Zusatzleistungen sowie
- zu möglichen Optionen.

Wenn Sie eine Leistung beantragen, geben wir Ihnen auf Wunsch Auskunft,

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie den Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, eine schwere psychische Erkrankung oder eine schwere Krankheit nachweisen können.

§ 2

Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?

Ihr Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit hängt davon ab, welches Grundfähigkeitenpaket Sie mit uns vereinbart haben. Die Information hierüber finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*«. Im Folgenden beschreiben wir die versicherten Grundfähigkeiten der Pakete "Basis", "Plus" und "Premium". Außerdem definieren wir für die einzelnen Grundfähigkeiten, wann ein Verlust vorliegt und wir somit leisten.

I. Grundsätzliches, das für alle versicherten Grundfähigkeiten gilt

- (1) Wir leisten, wenn der Verlust einer versicherten Grundfähigkeit innerhalb der »*Versicherungsdauer*« voraussichtlich dauerhaft eintritt. Was wir unter dem Verlust einer Grundfähigkeit verstehen, beschreiben wir in Abschnitt II. Der Verlust ist voraussichtlich dauerhaft, wenn gilt:
- Der Verlust der versicherten Grundfähigkeit besteht voraussichtlich länger als zwölf Monate ununterbrochen.

- Wenn Sie das Grundfähigkeitenpaket "Plus" oder "Premium" mit uns vereinbart haben, gilt abweichend: Der Verlust der versicherten Grundfähigkeit besteht voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen.

Außerdem müssen sämtliche dieser Bedingungen erfüllt sein:

- Der Beginn des genannten Zeitraums liegt innerhalb der »Versicherungsdauer Ihrer Grundfähigkeitsversicherung.
- Die versicherte Grundfähigkeit geht wegen einer körperlichen Ursache verloren. Dazu zählen auch organische und neurologische Erkrankungen.
- Wenn Sie
 - Ihren Versicherungsschutz nachträglich um eine Grundfähigkeit erweitern und
 - danach eine Leistung wegen des Verlusts der neu hinzugekommenen Grundfähigkeit beantragen,
 gilt außerdem:
 - Der Verlust der Grundfähigkeit darf erst nach der Erweiterung des Versicherungsschutzes eingetreten sein. Genauer dazu finden Sie in § 6.
- Wenn Sie
 - Ihren Versicherungsschutz nachträglich vom Grundfähigkeitenpaket "Basis" auf "Plus" oder "Premium" erweitern und
 - der Verlust einer im Grundfähigkeitenpaket "Basis" versicherten Grundfähigkeit vor der Erweiterung des Versicherungsschutzes eintritt,
 gilt zudem:
 - Der Verlust dieser Grundfähigkeit ist weiterhin nur dann voraussichtlich dauerhaft, wenn er voraussichtlich länger als zwölf Monate ununterbrochen besteht. Genauer dazu finden Sie in § 6 und § 20.

(2) Wir leisten auch, wenn sämtliche dieser Bedingungen erfüllt sind:

- Der Verlust der versicherten Grundfähigkeit liegt bereits seit zwölf Monaten ununterbrochen vor. Wenn Sie das Grundfähigkeitenpaket "Plus" oder "Premium" mit uns vereinbart haben, gilt abweichend: Der Verlust der versicherten Grundfähigkeit liegt bereits seit sechs Monaten ununterbrochen vor.
- Der Beginn dieses Zeitraums liegt dabei innerhalb der »Versicherungsdauer Ihrer Grundfähigkeitsversicherung. Insbesondere liegt auch der Beginn des Verlusts der Grundfähigkeit innerhalb der »Versicherungsdauer.
- Der Verlust der Grundfähigkeit dauert weiterhin an.
- Die versicherte Grundfähigkeit ging wegen einer körperlichen Ursache verloren. Dazu zählen auch organische und neurologische Erkrankungen.
- Wenn Sie
 - Ihren Versicherungsschutz nachträglich um eine Grundfähigkeit erweitern und
 - danach eine Leistung wegen des Verlusts der neu hinzugekommenen Grundfähigkeit beantragen,
 gilt außerdem:
 - Der Beginn des genannten Zeitraums muss nach dem Zeitpunkt der Erweiterung des Versicherungsschutzes liegen. Insbesondere muss auch der Beginn des Verlusts der Grundfähigkeit nach diesem Zeitpunkt liegen. Genauer dazu finden Sie in § 6.
- Wenn Sie
 - Ihren Versicherungsschutz nachträglich vom Grundfähigkeitenpaket "Basis" auf "Plus" oder "Premium" erweitern, und
 - der Verlust einer im Grundfähigkeitenpaket "Basis" versicherten Grundfähigkeit vor der Erweiterung des Versicherungsschutzes eintritt,
 gilt zudem:
 - Der Verlust dieser Grundfähigkeit muss weiterhin seit bereits zwölf Monaten ununterbrochen vorliegen. Genauer dazu finden Sie in § 6 und § 20.

In diesem Fall gilt die Grundfähigkeit ab Beginn dieses Zeitraums als voraussichtlich dauerhaft verloren. Wir leisten dann rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der Zeitraum von sechs oder zwölf Monaten begonnen hat. Auch bei späterer Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit des Verlusts der Grundfähigkeit.

(3) Bei folgenden Grundfähigkeiten leisten wir auch dann, wenn der Verlust der Grundfähigkeit auf einer psychischen Beeinträchtigung beruht:

- Intellekt (siehe Abschnitt II Absatz 10),
- Eigenverantwortliches Handeln (siehe Abschnitt II Absatz 11).

- (4) Um eine Leistung wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit zu erhalten, müssen Sie den Verlust der Grundfähigkeit durch ärztliche Befunde belegen. Dazu müssen Sie uns folgende Nachweise durch nachvollziehbare Bescheinigungen vorlegen:

- Ein Nachweis eines Facharztes der jeweiligen Fachrichtung über den Verlust der Grundfähigkeit.
- Durch denselben Facharzt erstellte Befundberichte, welche die Ursachen und Veränderungen aufzeigen, die zum Verlust der Grundfähigkeit führen.

Für die Untersuchungen und Befunde muss gelten: Es wurden der aktuelle medizinische Wissensstand sowie jeweils gängige und anerkannte Testverfahren berücksichtigt.

Näheres zu den genauen Nachweisen bei den einzelnen Grundfähigkeiten beschreiben wir in Abschnitt II.

(5) **Schwerer Unfall im Grundfähigkeitenpaket "Premium"**

Wenn Sie das Grundfähigkeitenpaket "Premium" mit uns vereinbart haben, leisten wir außerdem bei einem schweren Unfall, der wie folgt definiert ist:

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

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

- a. Vollständiger und voraussichtlich permanenter Verlust der Gebrauchsfähigkeit mindestens eines Arms oder eines Beins oberhalb des Hand- oder Fußgelenks.
- b. Schwere Kopfverletzung mit irreversibler Hirnschädigung und voraussichtlich permanenten neurologischen Ausfällen. Diese müssen mit neurologischen Methoden nachgewiesen werden.
- c. Tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden ohne jegliche Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse. Wurde der Zustand als künstliches Koma im Rahmen der medizinischen Behandlung herbeigeführt oder kommt durch Verlängerung eines komatösen Zustands aus therapeutischen Gründen zustande, gilt: Die Dauer dieses Zustands muss abweichend mindestens eine Woche betragen.

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

Liegt ein schwerer Unfall vor, erkennen wir unsere Leistungspflicht wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit an.

Wie in § 10 beschrieben, dürfen wir im weiteren Verlauf das Vorliegen des Verlusts einer Grundfähigkeit der versicherten Person nachprüfen. Liegt kein Verlust einer Grundfähigkeit (siehe Abschnitt II) und keine Pflegebedürftigkeit (siehe Abschnitt III) vor, stellen wir unsere Leistung ein. Dies gilt insbesondere, wenn wir wegen eines schweren Unfalls im Zusammenhang mit einem Koma leisten. Sobald die versicherte Person aus dem Koma erwacht, prüfen wir, ob weiterhin eine Leistungspflicht vorliegt.

Wichtig: Wenn Sie Ihren Versicherungsschutz nachträglich auf das Grundfähigkeitenpaket "Premium" erweitern, so gilt:

- Der schwere Unfall muss sich nach dem Zeitpunkt der Erweiterung des Versicherungsschutzes ereignet haben.

(6) **Infektionsschutz**

Wir zahlen die versicherte Rente bei Verlust einer Grundfähigkeit auch dann, wenn diese beiden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person darf wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr ihre berufliche Tätigkeit nicht ausüben (vollständiges Tätigkeitsverbot). Dafür muss eine Verfügung vorliegen, die auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruht.
- Das vollständige Tätigkeitsverbot umfasst mindestens zwölf Monate. Wenn Sie das Grundfähigkeitenpaket "Plus" oder "Premium" mit uns vereinbart haben, gilt abweichend: Das vollständige Tätigkeitsverbot umfasst mindestens sechs Monate.

Um ein vollständiges Tätigkeitsverbot nachzuweisen, müssen Sie uns das Original oder eine amtlich beglaubigte Kopie der Verfügung vorlegen.

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

- Das vollständige Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot sind weggefallen und die versicherte Person kann ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit ausüben.
- Wir werden leistungspflichtig aufgrund eines Fähigkeitsverlustes.

II. Versicherte Grundfähigkeiten der einzelnen Pakete

Versicherte Grundfähigkeiten bei den Paketen "Basis", "Plus" und "Premium"

(1) Sehen - Verlust der Sehfähigkeit

Ein Verlust der Sehfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr sehen kann.

Das bedeutet:

- Je Auge verbleibt eine Sehschärfe von höchstens 3/60 (0,05), oder
- das Gesichtsfeld je Auge beträgt höchstens 15 Grad vom Zentrum in alle Richtungen.

Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Augenfacharztes belegen.

Ein Verlust der Sehfähigkeit liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkungen können durch die Verwendung einer Sehhilfe vermieden werden. Sehhilfen können zum Beispiel eine Brille oder Kontaktlinsen sein.

(2) Hören - Verlust der Hörfähigkeit

Ein Verlust der Hörfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr hören kann.

Das bedeutet:

- Je Ohr besteht im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes (zwischen 1.000 und 3.000 Hertz) nur noch ein Hörvermögen von höchstens 20 Prozent.

Sie müssen die Einschränkung durch Messung mittels Tonaudiogramm belegen. Die Messung muss ein HNO-Facharzt durchgeführt haben.

Ein Verlust der Hörfähigkeit liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkung kann durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel vermieden werden. Ein Hilfsmittel kann zum Beispiel ein Hörgerät sein. Operativ einzusetzende Implantate, wie zum Beispiel ein Cochlea-Implantat, gelten als nicht zumutbare Hilfsmittel.

(3) Sprechen - Verlust des Sprechvermögens

Ein Verlust des Sprechvermögens liegt vor, wenn sich die versicherte Person in ihrem sozialen Umfeld gegenüber einem unbeteiligten Dritten nicht mehr verbal verständlich machen kann.

Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann keine verständlichen Worte mehr formen und aussprechen,
- oder die gesprochenen Worte ergeben keinen Sinn mehr (sogenannte Wernicke-Aphasie).

Der Verlust muss nach erfolgtem Spracherwerb eintreten und auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die Einschränkung belegen, indem ein Facharzt die Einschränkung durch wissenschaftlich anerkannte Testverfahren bestätigt. Ein solches Testverfahren ist zum Beispiel der Aachener Aphasie-Test.

(4) Gehen - Verlust der Fähigkeit des Gehens

Ein Verlust der Fähigkeit des Gehens liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr selbstständig gehen kann.

Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann keine Entfernung von 400 Metern über einen festen, ebenen Boden gehend zurücklegen,
- ohne sich abzustützen, sich zu setzen oder eine Pause von mehr als 60 Sekunden zu machen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Verlust der Fähigkeit des Gehens liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkung kann durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Hilfsmittel können zum Beispiel ein Gehstock oder eine Prothese sein. Nicht zu den Hilfsmitteln zählen jedoch Unterarmstützen und Rollatoren.

(5) Treppen steigen - Verlust der Fähigkeit des Treppensteigens

Ein Verlust der Fähigkeit des Treppensteigens liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr selbstständig Treppen steigen kann.

Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann keine (baurechtlich nach DIN 18065 zulässige) Treppe mit zwölf Stufen gleichen Abstands von normaler Stufenhöhe (ca. 20 cm) hinauf- und hinabsteigen,
- ohne eine Pause von mehr als 60 Sekunden zu machen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Verlust der Fähigkeit des Treppensteigens liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkung kann durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Hilfsmittel können zum Beispiel ein Handlauf oder Prothesen sein. Unterarmgehstützen und Achselstützen zählen nicht zu diesen Hilfsmitteln.

(6) Stehen - Verlust der Fähigkeit des Stehens

Ein Verlust der Fähigkeit des Stehens liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr stehen kann.

Das bedeutet:

- Die versicherte Person ist auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage, auf festem, ebenen Boden ohne Unterbrechung 10 Minuten frei zu stehen,
- ohne sich dabei abzustützen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Verlust der Fähigkeit des Stehens liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkung kann durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Ein Hilfsmittel kann zum Beispiel eine Prothese sein. Unterarmgehstützen zählen nicht zu den Hilfsmitteln.

(7) Knien - Verlust der Fähigkeit des Kniens

Ein Verlust der Fähigkeit des Kniens liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr knien kann.

Das bedeutet: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, sich eigenständig auf den Boden zu knien, das heißt mit einem oder mit beiden Knien den Boden zu berühren und danach wieder eigenständig aufzustehen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende

chende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(8) Bücken - Verlust der Fähigkeit des Bückens

Ein Verlust der Fähigkeit des Bückens liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache sich nicht mehr bücken kann.

Das bedeutet: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, sich so weit mit gebeugten Knien zu bücken, dass sie mit den Fingerspitzen beider Hände neben den Füßen den Boden berühren kann und danach wieder eigenständig aufzustehen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(9) Heben/Tragen - Verlust der Fähigkeit des Hebens und Tragens

Ein Verlust der Fähigkeit des Hebens und Tragens liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr heben und tragen kann.

Das bedeutet: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

- mit beiden Händen ein Gewicht von 5 Kilogramm von einem Tisch zu heben und
- 5 Meter weit über einen festen, ebenen Boden zu tragen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(10) Intellekt - Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit

Ein Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit liegt vor, wenn die geistige Leistungsfähigkeit (Auffassung, Konzentration, Orientierung, Gedächtnis, Handlungsplanung) der versicherten Person so stark beeinträchtigt ist, dass

- sie nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen.
- Alltagsrelevante Tätigkeiten sind zum Beispiel
 - Selbstorganisation,
 - Körperhygiene,
 - Selbstversorgung,
 - Einkaufen,
 - Putzen und
 - Zubereitung von Essen.

Die Beeinträchtigung kann zum Beispiel durch eine Demenz, Schizophrenie oder Psychose verursacht sein. Sie müssen die Einschränkung durch fachärztliche Befundberichte belegen. Dazu muss ein Facharzt psychometrische Tests durchgeführt haben. Diese Tests müssen

- allgemein anerkannt sein und
- die geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person prüfen.

Die Ergebnisse der Tests müssen im Bereich der unteren 10 Prozent der Bevölkerung liegen.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist dieser Fall: Der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit ist im Zusammenhang entstanden mit einem Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

(11) Eigenverantwortliches Handeln - Verlust der Entscheidungsfähigkeit (Betreuung)

Ein Verlust der Entscheidungsfähigkeit liegt vor, wenn für die versicherte Person eine gesetzliche Betreuung angeordnet wird.

Das bedeutet: Ein deutsches Gericht hat anhand eines psychiatrischen Gutachtens entschieden, dass

- die versicherte Person wegen einer Einschränkung ihrer psycho-intellektuellen Leistungsfähigkeit mindestens zwölf Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden muss.

Wenn Sie das Grundfähigkeitenpaket "Plus" oder "Premium" mit uns vereinbart haben, gilt abweichend:

- Die versicherte Person muss wegen einer Einschränkung ihrer psycho-intellektuellen Leistungsfähigkeit mindestens sechs Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist dieser Fall: Der Verlust der Entscheidungsfähigkeit ist im Zusammenhang entstanden mit einem Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

Zusätzlich versicherte Grundfähigkeiten bei den Paketen "Plus" und "Premium"

(12) Armgebrauch - Verlust der Fähigkeit des Armgebrauchs auf Schulterhöhe

Ein Verlust der Fähigkeit des Armgebrauchs liegt vor, wenn gilt: Die versicherte Person kann wegen einer körperlichen Ursache ihren linken oder ihren rechten Arm nicht mehr auf Schulterhöhe gebrauchen.

Das bedeutet: Die versicherte Person kann

- den linken oder den rechten Arm nicht mehr nach vorne oder zur Seite ausstrecken, ihn so dann bis auf Schulterhöhe heben und dort für eine Dauer von mindestens 10 Sekunden halten,
- um diesen in Schulterhöhe einzusetzen, zum Beispiel um ein Glas in ein Regal zu stellen oder ein Fenster zu schließen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(13) Händegebrauch - Verlust der Fähigkeit des Gebrauchs einer Hand

Ein Verlust der Fähigkeit des Gebrauchs einer Hand liegt vor, wenn gilt: Die versicherte Person kann wegen einer körperlichen Ursache ihre linke oder ihre rechte Hand nicht mehr gebrauchen.

Das bedeutet: Die versicherte Person kann

- die rechte oder die linke Hand nicht mehr für alltägliche Verrichtungen einsetzen.
- Alltägliche Verrichtungen sind zum Beispiel: Eine Flasche mit Schraubverschluss schließen und wieder öffnen, einen Schraubendreher oder eine Schere benutzen, ein Türschloss mit einem Schlüssel öffnen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(14) Sitzen - Verlust der Fähigkeit des Sitzens

Ein Verlust der Fähigkeit des Sitzens liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr sitzen kann.

Das bedeutet:

- Auch mit Veränderung der Sitzhaltung oder Abstützen auf Armlehnen ist die versicherte Person nicht mehr in der Lage, auf einem handelsüblichen Stuhl mit Rücken- und Armlehnen ohne Unterbrechung 20 Minuten zu sitzen.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(15) Gleichgewichtssinn - Verlust des Gleichgewichtssinnes

Ein Verlust des Gleichgewichtssinnes liegt vor, wenn der Gleichgewichtssinn der versicherten Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr oder nur noch stark gestört funktioniert.

Das bedeutet: Der Gleichgewichtssinn ist so stark beeinträchtigt, dass die versicherte Person nicht

mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr

- Leitern mit einer Arbeitshöhe von einem Meter besteigen kann oder
- auf Gerüsten in einer Arbeitshöhe von einem Meter arbeiten kann.

"Stark erhöhte Unfallgefahr" ist dabei definiert als Kategorie B-D nach arbeitsmedizinischer Beurteilung der Gefährdungskategorien. Sie müssen die Störung mittels neurologischer Untersuchungen durch einen Facharzt belegen. Dabei müssen anerkannte Testverfahren angewendet werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind diese Fälle:

- Alle Fälle von Gleichgewichtsstörungen wegen psychischer Erkrankungen, sowie
- alle Fälle eines Verlusts des Gleichgewichtssinnes, der im Zusammenhang mit einem Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten entstanden ist.

Zusätzlich versicherte Grundfähigkeiten im Paket "Premium"

(16) Schreiben - Verlust der Schreibfähigkeit

Ein Verlust der Schreibfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr schreiben kann.

Das bedeutet: Die versicherte Person

- kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand mindestens fünf dreisilbige Wörter in Druckbuchstaben schreiben,
- so dass ein unbeteiligter Dritter sie lesen kann.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(17) Computer-, Smartphone- oder Tabletnutzung - Verlust der Fähigkeit, auf einer Tastatur oder einem Display zu tippen

Ein Verlust der Fähigkeit zu tippen liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr auf einer Tastatur oder einem Touchscreen von mindestens 5 Zoll Displaydiagonale tippen kann.

Das bedeutet: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage,

- eine Minute ohne Pause zielgerichtet mit einem Finger zu tippen.
- Zielgerichtet heißt zum Beispiel, eine vorgegebene Reihe von Buchstaben tippen zu können.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(18) Bildschirmtätigkeit - Verlust der Fähigkeit zur Bildschirmtätigkeit

Ein Verlust der Fähigkeit zur Bildschirmtätigkeit liegt vor, wenn gilt: Die versicherte Person ist wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr in der Lage, von einem Bildschirm abzulesen.

Das bedeutet:

- Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, für einen Zeitraum von mehr als 2 Stunden Wörter und Symbole an einem Bildschirm zu erkennen.
- Dabei sind die jeweils aktuell gültigen BG-Richtlinien zum Arbeitsschutz an Bildschirmarbeitsplätzen einzuhalten.

Sie müssen die Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen.

Ein Verlust der Fähigkeit zur Bildschirmtätigkeit liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkung kann durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel vermieden werden. Hilfsmittel können zum Beispiel eine Brille, Kontaktlinsen oder die Verwendung der Bildschirmlupe sein.

(19) Autofahren - Verlust der Fähigkeit des Führens eines Kraftfahrzeugs oder Verlust der Fähigkeit zum Ein- oder Aussteigen in oder aus einem PKW

Ein Verlust der Fähigkeit zum Autofahren liegt vor, wenn gilt: Die versicherte Person kann wegen einer körperlichen Ursache keine Personenkraftwagen (Klassen B1, B und BE/96) oder keine Krafträder (Klassen AM, A, A1 und A2) im Straßenverkehr mehr führen.

Das bedeutet: Die versicherte Person ist nachweislich aus gesundheitlichen Gründen ungeeignet oder nicht befähigt zum Führen von Kraftfahrzeugen und aufgrund dieser Fahruntauglichkeit

- wurde ihr die Fahrerlaubnis entzogen oder nicht erteilt
- oder
- sie hat ihre Fahrerlaubnis freiwillig zurückgegeben, z. B. durch Rückgabe des Führerscheins bei der zuständigen Fahrerlaubnisbehörde.

Die gesundheitlichen Gründe für den Entzug, die Nichterteilung oder die freiwillige Rückgabe der Fahrerlaubnis müssen durch ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigt werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind diese Fälle:

- Der versicherten Person wurde die Fahrerlaubnis aufgrund des Konsums von Drogen oder aufgrund des Missbrauchs von Alkohol oder Medikamenten entzogen.
- Die versicherte Person ist wegen einer psychischen Erkrankung nicht in der Lage einen Personenkraftwagen oder ein Kraftrad zu führen.

Ein Verlust der Fähigkeit zum Autofahren liegt auch vor, wenn gilt: Die versicherte Person kann wegen einer körperlichen Ursache nicht mehr in einen Personenkraftwagen ein- oder aussteigen.

Das bedeutet, dass die versicherte Person

- nicht mehr in der Lage ist, ohne ein Hilfsmittel wie Umsetz- oder Aufrichthilfe in einen Personenkraftwagen mit normaler Einstiegshöhe ein- oder auszusteigen.
- Ein erhöhter oder niedriger Einstieg (wie zum Beispiel bei einem SUV oder Sportwagen) zählt im Sinne dieser Regelung nicht zur normalen Einstiegshöhe.

Sie müssen diese Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Verlust der Fähigkeit zum Ein- oder Aussteigen liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkung kann durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel vermieden werden. Hilfsmittel können zum Beispiel ein Gehstock oder eine Prothese sein.

(20) Mobilität - Verlust der Fähigkeit zum Fahrradfahren oder Verlust der Fähigkeit zur Nutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs

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

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

- sich auf ein Fahrrad zu setzen und damit auf ebener Strecke auf einem für Radwege üblichen Bodenbelag zu fahren und
- auf diese Weise eine Strecke von 1.000 Metern innerhalb von 10 Minuten auf dem Fahrrad zurückzulegen.

Sie müssen diese Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Verlust der Fähigkeit zum Fahrradfahren liegt nicht vor, wenn gilt: Die versicherte Person ist in der Lage, statt mit einem Fahrrad mit einem Therapie-/Sessel-Dreirad zu fahren.

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

Ein Verlust der Fähigkeit zur Nutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs liegt vor, wenn gilt: Die versicherte Person kann den öffentlichen Personennah- und -fernverkehr aufgrund einer motorischen Ursache nicht mehr nutzen.

Das bedeutet: Die versicherte Person ist aufgrund motorischer Einschränkungen nicht mehr in der Lage,

- ohne fremde Hilfe in eines der Transportmittel des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs ein- oder aus diesen auszusteigen oder durch sie befördert zu werden.
- Transportmittel des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs sind zum Beispiel Bahn, Straßenbahn, Bus, U-Bahn oder S-Bahn.
- Zur Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit wird eine maximale planmäßige Reisedauer von 2 Stunden zugrunde gelegt.

Sie müssen diese Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Verlust der Fähigkeit zur Nutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkung kann durch die Verwendung geeigneter Hilfsmittel vermieden werden. Hilfsmittel können zum Beispiel Gehhilfen, Haltegriffe oder reservierte Sitze für Menschen mit Mobilitätseinschränkung sein. Dabei ist nicht relevant, ob die versicherte Person selbst in Besitz der Hilfsmittel ist, oder ob diese durch den Transportdienstleister bereitgestellt oder bedient werden. Bitte beachten Sie: Eine Bedienung durch das Personal wird dabei nicht als fremde Hilfe angesehen.

III. Vorliegen von Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftigkeit ist unabhängig von Ihrem gewählten Grundfähigkeitenpaket immer mitversichert.
- (2) Wir leisten, wenn die versicherte Person innerhalb der »Versicherungsdauer« pflegebedürftig wird. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - Die versicherte Person benötigt für mindestens vier der in Absatz 3 beschriebenen neun Tätigkeiten die Hilfe einer anderen Person.
 - Die versicherte Person benötigt die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. Der notwendige Hilfebedarf ist weiter unten in Einzelheiten beschrieben.
 - Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
 - Dieser Zustand wird voraussichtlich länger als sechs Monate andauern.
 - Der Beginn dieses Zeitraums liegt dabei innerhalb der »Versicherungsdauer« Ihrer Grundfähigkeitsversicherung.

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

- (3) Bei den neun Tätigkeiten im Sinne von Absatz 2 handelt es sich um:

- **Fortbewegen im Zimmer**

Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich

- an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort,
- auf ebener Oberfläche,
- von Zimmer zu Zimmer

fortzubewegen und

- der versicherten Person das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder Festhalten der versicherten Person möglich ist.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel das Fortbewegen ermöglicht.

- **Aufstehen und Positionswechsel**

Hilfebedarf besteht, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um

- von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufzustehen und
- sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel oder ähnliches umzusetzen und
- sie sich nicht oder nur kurz selbstständig in einer Sitzposition halten kann.

Zusätzlich kann die versicherte Person nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen eines Pflegebettes, einer Krücke, eines speziellen Griffes oder anderer technischer Hilfsmittel das Aufstehen und den Positionswechsel ermöglicht.

- **An- und Auskleiden**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- oder auskleiden kann.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Kleidung, Schuhhölfer, Knöpflhilfe oder anderer Hilfsmittel das An- und Auskleiden ermöglicht. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht ohne fremde Hilfe

- bereits vorbereitete essfertige und mundgerecht zubereitete Nahrung essen und
- bereitstehende Getränke aufnehmen kann.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel das Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken ermöglicht.

- **Waschen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht ausreichend alleine waschen kann. Sie muss sich so waschen können, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

Das bedeutet, dass die versicherte Person

- beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und
- bei der Durchführung des Dusch- oder Wannenbades einschließlich des Waschens der Haare

nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel das Waschen ermöglicht. Die Unfähigkeit ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

- **Verrichten der Notdurft**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Notdurft nicht alleine verrichten kann. Mögliche Gründe sind:

- Sie ist nicht in der Lage, sich nach dem Stuhlgang alleine zu säubern.
- Sie kann ihre Notdurft nur in eine Bettschüssel verrichten.
- Sie kann ihren Darm und/oder ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleeren.

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von speziellen Griffen, einer Toilette mit Dusch-

funktion oder anderer technischer Hilfsmittel das Verrichten der Notdurft ermöglicht.

Besteht eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, so gilt zusätzlich: Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:

- Windeln,
- spezielle Einlagen,
- Katheter oder
- Kolostomiebeutel.

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

- **Kommunizieren**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit anderen Personen zu kommunizieren. Das bedeutet:

- Die versicherte Person kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn sämtliche der folgenden Punkte zutreffen:

- Die versicherte Person äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse,
- die versicherte Person antwortet auf Ansprache oder Fragen lediglich in wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab,
- die versicherte Person zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und
- die versicherte Person benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, zum Beispiel bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen und halten, Brief- oder Mailkontakt).

- **Denkvermögen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist. Das heißt, die versicherte Person benötigt bei beiden der folgenden Tätigkeiten den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern:

- Beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen. Die Hilfe wird benötigt, da die versicherte Person die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst.
- Beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und über den Tag hinaus und bei der Auswahl der Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Hilfebedarf liegt auch vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sämtliche der folgenden Tätigkeiten auszuführen:

- Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen erinnern.
- Sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurechtfinden und dortige Risiken und Gefahren erkennen.
- Sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) erkennen.
- Einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

- **Umgang mit Emotionen**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die versicherte Person mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen oder ziello-

- ses Umhergehen) benötigt,
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt,
- unter Angstattacken oder Wahnvorstellungen leidet, das heißt sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder
- antriebslos oder schwer depressiv ist, das heißt sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und wirkt apathisch.

(4) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person unter schweren Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) leidet, die diese Bedingungen erfüllen:

- Die Ursache für die schweren Hirnleistungsstörungen ist ein Unfall oder eine Erkrankung.
- Als Folge der Hirnleistungsstörungen benötigt die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Tätigkeiten oder kontinuierliche Beaufsichtigung. Ohne Beaufsichtigung würde sie sich oder andere sonst erheblich gefährden.
- Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Ein Facharzt der Neurologie muss die Diagnose der schweren Demenz bestätigen. Hierzu ist eine ausführliche Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und die Verwendung psychometrischer Tests notwendig. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) vorliegen. Es kann auch eine alternative, anerkannte Demenzbeurteilungsskala verwendet werden. Dann muss ein entsprechender Schweregrad festgestellt werden.

Wir können Wiederholungsuntersuchungen fordern, um die Diagnose zu bestätigen.

(5) Die versicherte Person gilt auch als pflegebedürftig, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die versicherte Person ist länger als sechs Monate so hilflos gewesen, dass sie für mindestens vier der in Absatz 3 genannten neun Verrichtungen die Hilfe einer anderen Person benötigte.
- Sie benötigte die Hilfe täglich und in erheblichem Umfang, auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.
- Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.
- Dieser Zustand dauert auch nach Ablauf des Zeitraums von sechs Monaten an.
- Der Beginn dieses Zeitraums liegt dabei innerhalb der »Versicherungsdauer Ihrer Grundfähigkeitsversicherung.

Die versicherte Person gilt dann von Beginn der Pflegebedürftigkeit an als pflegebedürftig. Wir leisten in diesem Fall rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der Zeitraum von sechs Monaten begonnen hat. Bei späterer Meldung leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit.

(6) Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist dieser Fall: Die Pflegebedürftigkeit ist im Zusammenhang entstanden mit einem Missbrauch von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.

§ 3

Wann liegt eine schwere psychische Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen vor?

- (1) Leistungen wegen des Eintritts einer schweren psychischen Erkrankung können Sie nur erhalten, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Die Information dazu finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein. Im Folgenden beschreiben wir, wann eine schwere psychische Erkrankung im Sinne dieser Bedingungen vorliegt.
- (2) Wir leisten, wenn bei der versicherten Person eine der in den Absätzen 3-5 aufgeführten schweren psychischen Erkrankungen innerhalb der »Versicherungsdauer eintritt und vorliegt. Die Diagnosestellung und der Beginn der psychischen Erkrankung müssen dabei innerhalb der »Versicherungsdauer Ihrer Grundfähigkeitsversicherung liegen. Fügen Sie den Schutz bei schweren psychischen Erkrankungen nachträglich hinzu, muss der Beginn nach dem Zeitpunkt dieser Erweiterung liegen.

Wir leisten jeweils rückwirkend ab Beginn der schweren psychischen Erkrankung.

(3) **Schwere Depressive Episode**

Eine schwere depressive Episode liegt vor, wenn alle dieser Voraussetzungen erfüllt sind:

- Es liegen alle typischen Symptome einer Depression vor. Diese sind:
 - durchgehend gedrückte Stimmung,
 - Verlust von Interesse oder Freude, sowie
 - Verminderung des Antriebs und erhöhte Ermüdbarkeit.
- Es liegen mindestens vier weitere häufige Symptome schwerer Depressionen vor, wobei zwei davon besonders ausgeprägt sind. Diese sind:
 - verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit,
 - vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen,
 - Schuldgefühle oder Gefühl der Wertlosigkeit,
 - negative und pessimistische Zukunftsaussichten,
 - Suizidgedanken,
 - Schlafstörungen und
 - verminderter Appetit.

Für die schwere depressive Episode muss außerdem gelten:

- Die schwere depressive Episode besteht bereits mindestens zwölf Monate anhaltend seit Diagnosestellung,
- und in diesem Zeitraum fand mindestens ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik aufgrund der Erkrankung statt.

Wir leisten auch, wenn eine schwere depressive Episode vorliegt und gilt:

- Die versicherte Person wurde wegen dieser schweren psychischen Erkrankung bereits für mindestens acht Wochen in einer psychiatrischen Klinik ununterbrochen stationär behandelt.

(4) Rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode

Eine rezidivierende depressive Störung liegt vor, wenn Depressionen wiederholt in Episoden auftreten. Dabei ist die gegenwärtige Episode schwer, wenn sie einer schweren depressiven Episode entspricht.

Welche Kriterien für eine Depression und für eine schwere depressive Episode vorliegen müssen, beschreiben wir in Absatz 3.

Für die rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode muss außerdem gelten:

- Die Gesamtdauer der bisherigen schweren Episoden beträgt ab Diagnosestellung bereits mindestens zwölf Monate,
- der zeitliche Abstand zwischen den Episoden beträgt nie mehr als sechs Monate,
- und in diesem Zeitraum fand mindestens ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik aufgrund der Erkrankung statt.

Wir leisten auch, wenn eine rezidivierende depressive Störung mit gegenwärtig schwerer Episode vorliegt und gilt:

- Die versicherte Person wurde wegen dieser schweren psychischen Erkrankung bereits für mindestens acht Wochen in einer psychiatrischen Klinik ununterbrochen stationär behandelt.

(5) Psychose des Schizophrenen Formenkreises, chronisch oder mit mindestens zwei Schüben

Eine Psychose des Schizophrenen Formkreises liegt vor, wenn eines dieser Symptome eindeutig vorliegt:

- Gedankenlautwerden, -eingebug, -entzug, -ausbreitung,
- Kontroll- oder Beeinflussungswahn,
- kommentierende oder dialogisierende Stimmen,
- anhaltender, kulturell unangemessener oder unrealistischer Wahn.

Für die Psychose des Schizophrenen Formenkreises muss außerdem gelten:

- Die Psychose besteht bereits mindestens zwölf Monate anhaltend seit Diagnosestellung,
- und in diesem Zeitraum fand mindestens ein stationärer Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik aufgrund der Erkrankung statt.

Wir leisten auch, wenn eine Psychose des Schizophrenen Formenkreises vorliegt und gilt:

- Die versicherte Person wurde wegen dieser schweren psychischen Erkrankung bereits für mindestens acht Wochen in einer psychiatrischen Klinik ununterbrochen stationär behandelt.
- (6) Um Leistungen wegen einer schweren psychischen Erkrankung zu erhalten, müssen Sie uns nachweisen: Ein Facharzt für Psychiatrie hat eine der in den Absätzen 3-5 aufgeführten schweren psychischen Erkrankungen nachweislich
- anhand psychopathologischer Befunderhebungen inklusive einer Klassifikation der Erkrankung belegt und
 - hierauf basierend leitliniengerecht diagnostiziert sowie
 - unter ein leitliniengerechtes therapeutisches Regime gestellt.
- (7) Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist dieser Fall: Die schwere psychische Erkrankung ist im Zusammenhang entstanden mit
- Konsum oder Abhängigkeit von Drogen oder Betäubungsmitteln, oder
 - Missbrauch oder Abhängigkeit von Alkohol oder Medikamenten.

§ 4 Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vor?

- (1) Leistungen wegen des Eintritts einer schweren Krankheit können Sie nur erhalten, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Die Information hierüber finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein«.
- (2) Wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben, ist der Eintritt dieser schweren Krankheiten versichert:
- Krebs
 - Herzinfarkt
 - Schlaganfall
 - Multiple Sklerose

In den Absätzen 4-7 beschreiben wir, wann eine dieser vier schweren Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen vorliegt.

Die Diagnosestellung, der Beginn und erste Symptome der schweren Krankheit müssen innerhalb der »Versicherungsdauer« Ihrer Grundfähigkeitsversicherung liegen. Fügen Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit nachträglich hinzu, gilt außerdem: Der Beginn der schweren Krankheit und der Zeitpunkt der Diagnosestellung müssen nach dem Zeitpunkt dieser Erweiterung liegen. Ebenso dürfen keine Symptome der schweren Krankheit bereits vor diesem Zeitpunkt auftreten.

Bitte beachten Sie auch die Regelung zur sechsmonatigen Wartezeit bei Krebs (siehe Absatz 4).

- (3) Aus dem Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit haben Sie erst 14 Tage nach der ärztlichen Diagnose Anspruch auf die Leistung. Wenn die versicherte Person innerhalb dieser 14 Tage verstirbt, haben Sie keinen Anspruch auf die Leistung.
- (4) **Krebs**

Wir leisten, wenn bei der versicherten Person eine Krebserkrankung der hier beschriebenen Art auftritt.

Krebs bezeichnet eine bösartige Gewebsneubildung mit bereits aufgetretenem unkontrolliertem Wachstum, Vermehrung von Tumorzellen und Einwanderung in gesundes Gewebe sowie dessen Zerstörung. Krebs im Sinne dieser Vertragsbedingungen beinhaltet auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Erkrankungen des Knochenmarks.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Alle Krebserkrankungen, für die innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes für schwere Krankheiten gilt: Die Krebserkrankung wird in diesem Zeitraum diagnostiziert, oder in diesem Zeitraum treten bereits Krebs Symptome auf. Ebenso zahlen wir nach Erhöhung des Schutzes keine Leistung für den erhöhten Teil, wenn gilt: Die Diagnose erfolgt innerhalb der ersten sechs Monate nach der Erhöhung, oder in diesem Zeitraum treten bereits Krebs Symptome auf.
- Carcinoma in situ, das heißt alle prämaligen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (z.B. CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Sta-

- dium 0)
- Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0 und T1bN0M0
- Früher Blasenkrebs nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0 und T1bN0M0
- Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1aN0M0, T1bN0M0 und T2aN0M0
- Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome
- Alle Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine Chemotherapie erforderlich ist. Ein Facharzt muss die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie bestätigen.

Ein qualifizierter Onkologe oder Pathologe muss die Diagnose anhand eines feingeweblichen Nachweises erstellen. Der feingewebliche Nachweis kann nicht ersetzt werden durch Testverfahren, die lediglich auf diesen Nachweisen beruhen:

- Zirkulierende Tumorzellen oder
- Tumor-assoziierte Moleküle in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl.

Hinsichtlich der Stadieneinteilungen und Klassifikationen gelten die TNM-Klassifikation nach UICC/AJCC und die Klassifikation für Lymphomkrankungen nach Ann Arbor.

(5) Herzinfarkt

Wir leisten, wenn bei der versicherten Person ein Herzinfarkt der hier beschriebenen Art auftritt.

Ein Herzinfarkt bezeichnet ein Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge einer Obstruktion der Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard).

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Angina Pectoris
- Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkte (non-STEMI)

Ein Kardiologe muss die Diagnose und den Zeitpunkt des Auftretens nach

- den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw.
- den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln

stellen bzw. feststellen und belegen. Insbesondere müssen nachgewiesen werden:

- Typische klinische Symptome (zum Beispiel charakteristische Brustschmerzen),
- frische, typische EKG-Veränderungen sowie
- erhöhte herzspezifische Marker (Troponin I, Troponin T oder CK-MB).

(6) Schlaganfall

Wir leisten, wenn bei der versicherten Person ein Schlaganfall der hier beschriebenen Art und mit den hier genannten Folgen auftritt.

Ein Schlaganfall bezeichnet eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, die durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung hervorgerufen wird, zum Beispiel:

- Hirninfarkt
- Zerebraler Insult
- Apoplektischer Insult
- Apoplex
- Gehirnschlag

Beide führen zu einem Blut- und Sauerstoffmangel und somit zu einem Absterben von Gehirnzellen, was neurologische Störungen nach sich zieht.

Eines dieser Symptome muss vorliegen:

- Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie
- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index

zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten)

Das Symptom oder die Symptome müssen hierbei erfüllen:

- Es hat über mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen,
- es ist nach dem jeweils aktuellen medizinischen Wissensstand nicht behebbar und
- es wird voraussichtlich mindestens drei Jahre fortbestehen.

Die Diagnose muss ein Neurologe, Internist oder Intensivmediziner mittels CCT oder MRT bestätigen.

Wir leisten nicht bei vorübergehenden neurologischen Ausfallerscheinungen, z. B. im Rahmen

- einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder
- einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

(7) Multiple Sklerose

Wir leisten, wenn bei der versicherten Person eine Multiple Sklerose der hier beschriebenen Art und mit den hier genannten Folgen auftritt.

Multiple Sklerose ist eine das zentrale Nervensystem betreffende, chronisch fortschreitende, neurologische Erkrankung. Die Diagnose einer Multiplen Sklerose muss ein Facharzt für Neurologie nach den McDonald Kriterien in der Revision von 2017 stellen.

Voraussetzung für einen Anspruch auf Leistung nach diesen Vertragsbedingungen ist:

- Entsprechende neurologische Symptome liegen nachweislich vor.
- Diese Symptome rufen organische Beeinträchtigungen hervor, zum Beispiel: Beeinträchtigungen des Sehnervs, des Hirnstamms oder des Rückenmarks für einen ununterbrochenen Zeitraum von sechs Monaten.

Psychische Folgen wie z. B. Einschränkungen der Konzentration sind vom Versicherungsschutz ausgenommen.

In folgendem Fall leisten wir eine Teilzahlung in Höhe von 50 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch 20.000 EUR:

- Es liegt eine Multiple Sklerose nach den McDonald Kriterien in der Revision von 2017 vor,
- bei der jedoch keine der beschriebenen neurologischen Symptome nachgewiesen wurden.

Bei künftigen Leistungen aus dem Schutz bei schweren Krankheiten wird die erbrachte Teilzahlung immer von der Leistung abgezogen. Das gilt für diese Möglichkeiten:

- a. Das Vollbild der chronisch voranschreitenden Multiplen Sklerose mit den beschriebenen Voraussetzungen und Symptomen wird nachgewiesen oder
- b. die Voraussetzungen für eine andere durch diese Versicherung abgedeckte schwere Krankheit (keine Multiple Sklerose) sind erfüllt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum »Leistungsfall« gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon. Im Einzelfall können wir mit Ihnen auch darüber hinaus noch weitere Leistungsausschlüsse vereinbaren. Diese finden Sie in Ihren individuellen Vertragsunterlagen.

- (2) Der Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, schwere psychische Erkrankungen und schwere Krankheiten können verschiedene Ursachen haben. Haben Sie den jeweiligen Schutz mit uns vereinbart, leisten wir bei diesen Ursachen nicht:

- Bei inneren Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Bei kriegerischen Ereignissen. Wir leisten aber bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ein, an denen die versicherte Person nicht aktiv beteiligt war. Diese Ausnahme gilt aber nur bei kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
Wir leisten ebenfalls bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt während rein humanitärer Hilfeleistungen oder friedenssichernder oder friedenserhaltender Maßnahmen außerhalb

der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten ein. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, Bundespolizei oder anderer staatlich beauftragter Organisationen daran teilnimmt. Der Einsatz muss mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation erfolgt sein.

- Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den »Rechnungsgrundlagen« führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.
- Bei absichtlich herbeigeführtem Verlust einer Grundfähigkeit, jeweils selbst herbeigeführter Pflegebedürftigkeit, schwerer psychischer Erkrankung oder schwerer Krankheit, absichtlicher Selbstverletzung oder versuchter Selbsttötung. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- Bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines »Verbrechens« oder »Vergehens« durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind davon nicht betroffen. Dies gilt beispielsweise für fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr.
- Wenn Sie vorsätzlich den Verlust einer Grundfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit, eine schwere psychische Erkrankung oder eine schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Bei Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein: Um diese abzuwehren und zu bekämpfen, muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.

§ 6 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss Ihres Vertrages. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie den »Versicherungsschein« erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der im »Versicherungsschein« als Beginn der Versicherung angegeben ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Regelungen zur Beitragszahlung in § 24.

Fügen Sie einen Schutz erst nachträglich hinzu (siehe § 20), beginnt Ihr Versicherungsschutz für den hinzugefügten Schutz erst mit Abschluss der neuen Vertragskomponente. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie den entsprechenden Nachtrag zu Ihrem »Versicherungsschein« erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der im Nachtrag zum »Versicherungsschein« als Beginn der Änderung angegeben ist.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt eines Leistungsfalls

§ 7 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Besonders wichtig ist das bei Fragen zu

- Erkrankungen und
- gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

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

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

II. Rücktritt

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

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

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

- (2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wir müssen aber ausnahmsweise doch leisten, wenn wir erst nach dem Eintritt eines »*Leistungsfalls*« vom Vertrag zurückgetreten sind. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie nachweisen, dass
- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des »*Leistungsfalls*« waren oder
 - die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht waren.

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

- (3) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, erlischt die Versicherung, ohne dass ein »*Rückkaufswert*« anfällt. Sie haben keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

III. Kündigung

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

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

- (2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei.
- (3) Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben, aber dies nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Kündigung.

IV. Vertragsanpassung

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

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

Wenn Sie die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht zu vertreten haben, verzichten wir auf unser Recht zur Anpassung des Vertrags.

- (2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, nachdem Sie

eine Mitteilung von uns erhalten haben:

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

Mehr zum Thema Kündigung finden Sie in § 16.

V. Ausübung unserer Rechte

- (1) Unsere vorgenannten Rechte können wir nur in den ersten fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Wenn vor Ablauf der ersten fünf Jahre ein »*Leistungsfall*« eintritt, gilt: Wir können die Rechte noch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen, beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich ausüben. Die Frist beginnt, wenn wir erfahren haben, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben.
- (3) Die Fristen gelten erneut, wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung die Versicherung »*wiederherstellen*«. Das gilt auch für jede Änderung, die unsere Leistung erweitert, wenn wir dafür eine erneute »*Gesundheitsprüfung*« verlangen.
Bitte beachten Sie: Dies trifft insbesondere auf die Wechselmöglichkeiten nach § 20 zu.

VI. Anfechtung

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

VII. Erklärungsempfänger

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

§ 8

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

I. Bei Verlust einer Grundfähigkeit oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person

- (1) Wenn Sie Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit verlangen, müssen Sie uns den Verlust der Grundfähigkeit in »*Textform*« melden. Ebenso müssen Sie uns den Eintritt der Pflegebedürftigkeit in »*Textform*« melden, wenn Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangen. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus diese Unterlagen:
 - Eine Darstellung der Ursache für den Verlust der Grundfähigkeit oder den Eintritt der Pflegebedürftigkeit.
 - Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Die Berichte müssen die Art und den Umfang des Verlusts der Grundfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit umfassen.
 - Bei Verlust einer Grundfähigkeit eine Darstellung der Beschwerden und Einschränkungen. Außerdem weitere Nachweise, wie sie in § 2 Abschnitt II für die einzelnen Grundfähigkeiten beschrieben werden.
 - Bei Pflegebedürftigkeit eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist. Die Bescheinigung muss Art und Umfang der Pflege beinhalten.
- (2) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

II. Bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung der versicherten Person

- (1) Wenn Sie Leistungen wegen des Eintritts einer schweren psychischen Erkrankung verlangen, müssen Sie uns den Eintritt der schweren psychischen Erkrankung in »*Textform*« melden. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus diese Unterlagen:
 - Eine Darstellung über Art und Umfang der schweren psychischen Erkrankung.
 - Ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person momentan behandeln oder behandelt oder untersucht haben. In diesen Berichten müssen Ursache, Beginn, Art, Verlauf und die voraussichtliche Dauer des Leidens beschrieben sein. Die Berichte müssen auch umfassen:

- Die ärztliche Diagnose und Klassifikation sowie die ärztliche Indikation (medizinische Maßnahme) der schweren psychischen Erkrankung anhand psychopathologischer Befunderhebungen.
- Nachweise über stationäre Aufenthalte in einer psychiatrischen Klinik wegen der schweren psychischen Erkrankung.

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

III. Bei Eintritt einer schweren Krankheit der versicherten Person

(1) Wenn Sie Leistungen wegen des Eintritts einer schweren Krankheit verlangen, müssen Sie uns den Eintritt der schweren Krankheit in »*Textform*« melden. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus diese Unterlagen:

- Die ärztliche Diagnose der schweren Krankheit oder die ärztliche Indikation (medizinische Maßnahme).
- Den Operationsbericht für die Operation der jeweiligen schweren Krankheit, sofern eine Operation durchgeführt wurde.

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

- Klinische Untersuchungen,
- radiologische Untersuchungen,
- histologische Untersuchungen oder
- zytologische Untersuchungen.

Zusätzlich müssen Sie uns Unterlagen über Laboruntersuchungen vorlegen. Mehr dazu finden Sie in § 4.

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

IV. Weitere Nachweise

(1) Die ärztlichen Nachweise und Bescheinigungen muss ein in der EU niedergelassener Arzt erstellen. Dies gilt für die Nachweise und Bescheinigungen

- zum Verlust und zum Fortbestehen des Verlusts der Grundfähigkeit (siehe Abschnitt I),
- zum Eintritt und zum Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit (siehe Abschnitt I),
- zum Eintritt und zum Fortbestehen einer schweren psychischen Erkrankung (siehe Abschnitt II) und
- zum Eintritt einer schweren Krankheit (siehe Abschnitt III).

Die Nachweise müssen in deutscher Sprache geschrieben sein, oder Sie müssen den Nachweisen eine Übersetzung ins Deutsche beifügen. Diese Übersetzung muss ein vor Gericht zugelassener Übersetzer erstellt haben.

Wenn wir eine Anreise der versicherten Person aus dem Ausland für erforderlich halten, übernehmen wir die Anreise- und Aufenthaltskosten. Diese Kosten müssen mit uns abgestimmt sein. Wir werden im Einzelfall prüfen, ob wir von den genannten Anforderungen abweichen und beispielsweise auf eine Anreise verzichten können. Wir werden insbesondere auf die Anreise verzichten, wenn die versicherte Person nicht transportfähig ist.

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

(3) Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistung benötigen wir regelmäßig Auskünfte anderer Personen oder Institutionen. Das können sein:

- Ärzte,
- Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken und sonstige Krankenanstalten oder
- Alten- und Pflegeheime,

bei denen die versicherte Person in Behandlung oder in Pflege war oder sein wird. Außerdem

- Pflegepersonen,
- andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Wir können verlangen, dass die versicherte Person diese Personen und Institutionen ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Die versicherte Person kann diese Ermächtigung auch bei Vertragsabschluss erteilen. In diesem Fall werden wir sie informieren, bevor wir eine solche Auskunft einholen. Die versicherte Person kann der Einholung der Auskunft widersprechen. Außerdem kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass wir für jede einzelne Auskunft ihre Einwilligung einholen. Durch das Einholen der einzelnen Einwilligungen kann ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistung entstehen. In diesem Fall können wir von Ihnen verlangen, uns die damit verbundenen Kosten zu zahlen.

Die versicherte Person kann die erforderlichen Erhebungen zudem auch selbst anstellen.

Wenn uns die versicherte Person

- die genannte Ermächtigung oder Einwilligung im Einzelfall nicht erteilt und
- die benötigten Auskünfte auch nicht selbst beschafft,

kann dies zu einer Verletzung der Mitwirkungspflichten bei der Bearbeitung des Antrags auf Leistung führen.

- (4) Grundsätzlich muss die versicherte Person ärztliche Anordnungen nicht befolgen, um Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder einer schweren psychischen Erkrankung zu erhalten.

Die versicherte Person ist jedoch verpflichtet, zur Verringerung des Schadens beizutragen. Dies bedeutet: Sie muss sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen unterziehen, die die Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit verbessern oder wiederherstellen. Dies gilt für Maßnahmen, die den Verlust der Grundfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit oder die schwere psychische Erkrankung mindern. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen,

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

Immer zumutbar sind damit

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

Bei Leistungen wegen des Eintritts einer schweren psychischen Erkrankung gilt außerdem:

- Die versicherte Person ist verpflichtet, sich nach der Behandlungsleitlinie für die jeweilige schwere psychische Erkrankung behandeln zu lassen. Hierzu gehören beispielsweise auch Psychotherapien oder die Einnahme von Medikamenten. Dies gilt nur, wenn die Behandlungen wie zuvor beschrieben auch zumutbar sind.

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

§ 9

Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Verlusts einer Grundfähigkeit, sowie zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit, einer schweren psychischen Erkrankung und einer schweren Krankheit

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistung beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 8 und § 10. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie

uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistung nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls nicht beeinflusst. Ebenso ist es möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. In beiden Fällen stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistung beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 10. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistung nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats. Dies gilt, wenn sonst alle Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind. Wir dürfen nur dann vollständig oder teilweise nicht leisten, wenn wir Sie über die Konsequenzen informiert haben.

Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 10

Was gilt für die Nachprüfung des Verlusts einer Grundfähigkeit, der Pflegebedürftigkeit oder einer schweren psychischen Erkrankung?

- (1) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt haben, gilt: Wir dürfen im weiteren Verlauf das Fortbestehen des Verlusts der Grundfähigkeit der versicherten Person erneut prüfen. Wir dürfen auch prüfen, ob die Pflegebedürftigkeit oder die schwere psychische Erkrankung weiter fortbesteht.
- (2) Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, können wir
 - jederzeit sachdienliche Auskünfte und
 - einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Personverlangen. Die ärztlichen Untersuchungen werden durch Ärzte durchgeführt, die wir beauftragen. Die Kosten für die Auskünfte oder Untersuchungen zahlen wir. Beachten Sie dazu bitte auch § 8 Abschnitt IV Absatz 1.
- (3) Sie müssen uns unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn
 - der Verlust der Grundfähigkeit nicht mehr gegeben ist oder
 - keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt oder
 - die schwere psychische Erkrankung nicht mehr vorliegt.
- (4) Wenn wir die Leistung aus dem Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit beenden, informieren wir Sie in »*Textform*«. Das gilt, wenn kein Verlust einer Grundfähigkeit, keine Pflegebedürftigkeit oder keine schwere psychische Erkrankung mehr vorliegen. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir keine Rente mehr und Sie müssen wieder Beiträge zahlen. Wenn wir den Wegfall unserer Leistungspflicht im Rahmen einer Nachprüfung (siehe Absatz 1) festgestellt haben, gilt abweichend: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in »*Textform*«.

§ 11

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

- (1) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen, nachdem wir die Unterlagen bekommen haben,
 - Sie über unsere Entscheidung zu unserer Leistungspflicht zu informieren oder
 - weitere Unterlagen zum Prüfen von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden (zum Beispiel, wenn wir ein neutrales Gutachten einholen).Solange wir Sie nicht über unsere Leistungspflicht informiert haben, teilen wir Ihnen mindestens alle vier Wochen den aktuellen Stand mit.
- (2) Wir erkennen Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Eintritts einer schweren psychischen Erkrankung zeitlich unbefristet an. Wir erkennen befristete Leistungen wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Eintritts einer schweren psychi-

schen Erkrankung nur in begründeten Einzelfällen an. Hierfür müssen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen. Dies ist dann nur einmalig für maximal zwölf Monate möglich. Wir werden Ihnen die Gründe für ein befristetes Anerkenntnis in unserer Erklärung über die Leistungspflicht mitteilen. Gründe können etwa sein:

- Umstände, die für eine Beurteilung dafür maßgeblich sind, ob ein »*Leistungsfall*« vorliegt, ändern sich voraussichtlich.
- Die versicherte Person absolviert eine Rehabilitationsmaßnahme, oder eine solche Maßnahme ist geplant.

Wenn wir eine Leistung befristet anerkennen, zahlen wir sie für den anerkannten Zeitraum auf jeden Fall. Wir werden in diesem Zeitraum auch keine Nachprüfung durchführen. Wenn die Frist abgelaufen ist, werden wir über unsere Leistungspflicht neu entscheiden. Hierzu werden wir zu dem Zeitpunkt aktuelle Unterlagen (siehe § 8) vorab von Ihnen anfordern. Bitte reichen Sie diese Unterlagen vor Ablauf der Frist ein.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Leistungspflicht vorliegt, werden wir die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückfordern. Wir werden die Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis auch dann nicht zurückfordern, wenn kein Verlust einer Grundfähigkeit vorgelegen haben sollte. Dasselbe gilt für zeitlich befristete Anerkenntnisse für Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder wegen des Eintritts einer schweren psychischen Erkrankung.

Überschussbeteiligung

§ 12

Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

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

I. Überschussermittlung

- (1) Die »*Überschüsse*« stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (»*HGB*«) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (»*VAG*«) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.
- (2) Ein Teil des ermittelten »*Überschusses*« wird den Verträgen direkt gutgeschrieben. Ein weiterer Teil wird der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) zugeführt. Diese Rückstellung dient dazu, Schwankungen der »*Überschüsse*« im Zeitablauf auszugleichen. Diejenigen Beträge, die wir der RfB zugeführt haben, dürfen wir grundsätzlich nur für die »*Überschussbeteiligung*« der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen dürfen wir hiervon abweichen. Diese Ausnahmen sind nach § 140 VAG:
 - die Abwendung eines drohenden Notstandes,
 - der Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind und
 - die Erhöhung der »*Deckungsrückstellung*«, wenn die »*Rechnungsgrundlagen*« angepasst werden müssen. Die »*Rechnungsgrundlagen*« dürfen wir nur dann anpassen, wenn die Änderung der Verhältnisse unvorhersehbar und nicht nur vorübergehend ist.

Wir dürfen die Ausnahmeregelung nur dann anwenden, wenn die Aufsichtsbehörde dem zugestimmt hat.

- (3) Die Höhe der künftigen »*Überschussbeteiligung*« hängt davon ab
 - wie oft und in welcher Höhe wir Leistungen erbringen und
 - wie sich die »*Kosten*« entwickeln.

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

- (4) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum »*Überschuss*« bei. Deshalb haben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die »*Überschüsse*« auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des »*Überschusses*« beigetragen haben.

- (5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der "Übrigen Tarife".

II. Zuteilung von Überschüssen

- (1) Unser Vorstand legt auf Vorschlag des »*Verantwortlichen Aktuars* die »*Überschüsse* für die einzelnen Verträge für jedes Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen die Höhe der »*Überschüsse* im Geschäftsbericht (»*Überschussdeklaration*). Bitte beachten Sie: »*Überschüsse* können in einzelnen Jahren auch ganz entfallen.
- (2) Wir entnehmen die Mittel, die jährlich ausgeschüttet werden, den »*Überschüssen* des Geschäftsjahres oder der RfB.

III. Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit

- (1) Für die »*Überschussverwendung* während der leistungsfreien Zeit nennen wir Ihnen im Versicherungsantrag und im »*Versicherungsschein* die für Sie zutreffende der folgenden Arten der »*Überschussverwendung*. Dies haben Sie mit uns zu Vertragsbeginn vereinbart:

- **Beitragsreduktion** (wenn vereinbart)

Während der Beitragszahlung erhalten Sie in jedem Jahr einen »*Überschussanteil*. Diesen berechnen wir in Abhängigkeit eines jährlich deklarierten Prozentsatzes und Ihres Beitrags. Hierbei berücksichtigen wir folgende Komponenten Ihres Versicherungsvertrags separat:

- die Beitragsteile für den Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und schweren psychischen Erkrankungen, aus welchem Sie eine Rente erhalten,
- die Beitragsteile für den Schutz bei schweren Krankheiten,
- die Beitragsteile, die wir für die Beitragsfreistellung Ihres Schutzes für schwere Krankheiten im Rentenleistungsfall verwenden.

Auch die zugehörigen Prozentsätze deklarieren wir separat.

Den »*Überschussanteil* gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten

»*Stamntag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er verringert Ihren zu zahlenden Gesamtbeitrag.

Diese »*Überschussanteile* gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrages werden diejenigen Teile der »*Überschussbeteiligung*, die zur Risikodeckung noch nicht benötigt wurden, neu festgelegt. Zu den Änderungen zählen dabei Kündigung, Beitragsfreistellung, Reduzierung des Beitrags und Reduktion des Umfangs an versicherten Leistungen. Bitte beachten Sie hierzu § 17 Abschnitt I Absatz 3 sowie § 20 Abschnitt II Absatz 4.

- **Sofortbonus** (wenn vereinbart)

Sie erhalten einen Bonus in Prozent der versicherten Rente aus dieser Versicherung. Wir gewähren den Bonus von Versicherungsbeginn an bis zum ersten »*Stamntag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er erhöht die versicherte Rente im Falle des Verlusts einer Grundfähigkeit oder des Eintritts der Pflegebedürftigkeit. Er erhöht auch die versicherte Rente im Falle des Eintritts einer schweren psychischen Erkrankung, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben.

Sie erhalten außerdem einen Bonus in Prozent der versicherten Einmalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit aus dieser Versicherung. Dies gilt nur, wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben. Wir gewähren den Bonus von Versicherungsbeginn an bis zum ersten »*Stamntag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er erhöht die versicherte Einmalleistung im Falle des Eintritts einer schweren Krankheit.

Bei einer etwaigen Herabsetzung des Bonus haben Sie das Recht, ohne erneute

»*Risikoprüfung* den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Aufstockung wiederherzustellen.

(2) **GoVital Bonus**

Zusätzlich zur gewählten »*Überschussverwendung* »*Beitragsreduktion* oder »*Sofortbonus* haben Sie außerdem die Möglichkeit, die weitere »*Überschusszuteilung* "GoVital Bonus" jährlich zu erhalten. Dabei handelt es sich um eine »*Barauszahlung*, das heißt wir überweisen den GoVital Bonus auf das von Ihnen angegebene Konto. Sie haben Anspruch auf diese »*Überschusszuteilung*, wenn die versicherte Person gesundheitsbewusstes Verhalten nachweisen kann. Gesundheitsbewusstes Verhalten bedeutet für uns: Die versicherte Person setzt sich bewusst mit ihrer Gesundheit auseinander, führt die empfohlenen Vorsorgeuntersuchungen durch und betä-

tigt sich regelmäßig sportlich.

Dazu müssen Sie

- unsere jeweils aktuellen Fragen zum gesundheitsbewussten Verhalten vollständig beantworten und
- die dazugehörigen Nachweise erbringen können.

In dem Fragebogen fragen wir die versicherte Person beispielsweise nach

- ihrem Gesundheitszustand,
- ihrer Ernährung und
- ihren sportlichen Aktivitäten.

Für die Bereiche Gesundheitszustand und sportliche Aktivitäten müssen Sie jeweils einen Nachweis über das gesundheitsbewusste Verhalten der versicherten Person erbringen können. Für den Bereich Gesundheitszustand kann dies beispielsweise sein:

- Krebsvorsorgeuntersuchung,
- Blutspende,

oder vergleichbare Angebote. Um die sportlichen Aktivitäten nachzuweisen, kann die versicherte Person zum Beispiel

- an einer organisierten Laufveranstaltung teilnehmen
- oder regelmäßig ins Fitnessstudio gehen.

Die aktuellen Fragen und notwendigen Nachweise, mit denen Sie die Berechtigung der »Barauszahlung« erlangen können, finden Sie auf www.gothaer.de. Für den Nachweis über die Teilnahme an entsprechenden, qualitätsgesicherten Angeboten benötigen Sie jeweils eine Bescheinigung. Diese können Sie durch die Bestätigung eines Arztes oder des sonstigen Anbieters erhalten.

Die »Barauszahlung« leisten wir maximal einmal pro Versicherungsjahr. Wir zahlen sie jeweils am »Stamntag« für das auf diesen »Stamntag« folgende Versicherungsjahr. Die erste »Barauszahlung« erfolgt frühestens an dem »Stamntag«, an welchem Ihre Versicherung bereits mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Die letzte mögliche Barauszahlung können Sie an dem »Stamntag« erhalten, der ein volles Jahr vor Ablauf Ihrer »Versicherungsdauer« liegt.

Die »Barauszahlung« müssen Sie für das kommende Versicherungsjahr spätestens zwei Monate vor dem zugehörigen »Stamntag« in »Textform« beantragen. Die bonusrelevanten Maßnahmen darf die versicherte Person frühestens zwei Monate vor dem vorangegangenen »Stamntag« durchgeführt oder begonnen haben.

Die »Barauszahlung« können Sie nur für das aktuell kommende Versicherungsjahr beantragen. Die Berechtigung müssen Sie jedes Jahr erneut erwerben.

Sie haben keinen Anspruch auf die »Barauszahlung«, wenn in dem Versicherungsjahr unmittelbar vor dem »Stamntag«, für welchen Sie die Barauszahlung beantragen,

- Ihr Vertrag leistungspflichtig ist,
- Sie einen Antrag auf Leistung gestellt haben,
- Sie Ihren Vertrag außerplanmäßig beitragsfrei gestellt haben,
- wir Ihre Beiträge gestundet haben,
- Sie den Vertrag gekündigt haben,
- oder wir Sie gemahnt haben, da Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt haben.

Sind die Voraussetzungen für eine »Barauszahlung« erfüllt, überweisen wir Ihnen den GoVital Bonus für das folgende Versicherungsjahr am nächsten »Stamntag« auf Ihr Konto. Die genaue Höhe hängt von einem jährlich neu deklarierten Prozentsatz und der Höhe Ihres vereinbarten Jahresbeitrags zum jeweiligen »Stamntag« ab. Hierbei berücksichtigen wir folgende Komponenten Ihres Versicherungsvertrags separat:

- die Beitragsteile für den Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und schweren psychischen Erkrankungen, aus welchem Sie eine Rente erhalten,
- die Beitragsteile für den Schutz bei schweren Krankheiten,
- die Beitragsteile, die wir für die Beitragsfreistellung Ihres Schutzes für schwere Krankheiten im Leistungsfall verwenden.

Auch die zugehörigen Prozentsätze deklarieren wir separat.

Haben Sie eine abgekürzte Dauer der Beitragszahlung mit uns vereinbart, werten wir für die Berechnung der »Barauszahlung« Ihren Beitrag nur entsprechend anteilig. Dafür erhalten Sie aber auch während Ihrer planmäßig beitragsfreien Zeit weiterhin den GoVital Bonus, sofern Sie die Vorausset-

zungen erfüllen. Grundlage für die Berechnung ist dann der letzte Beitrag vor der planmäßigen Beitragsfreistellung.

IV. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit

- (1) In der leistungspflichtigen Zeit zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende »*Gewinnrente*. Dies ist der Fall, wenn wir Ihnen eine Rente wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit oder wegen des Eintritts der Pflegebedürftigkeit zahlen. Dies ist ebenso der Fall, wenn wir Ihnen eine Rente wegen des Eintritts einer schweren psychischen Erkrankung zahlen. Wir berechnen den Zuwachs als Prozentsatz der Rente im vorigen Jahr (inklusive »*Gewinnrente* und etwaigem »*Sofortbonus*). Wir zahlen die »*Gewinnrente* zusammen mit der versicherten Rente aus.
- (2) Zusätzlich erhalten Sie auf die beitragsfrei gestellten Beitragsteile für den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit eine zusätzliche »*Gewinnrente*. Diese zahlen wir einmal jährlich am »*Stamntag* zusammen mit der in Absatz 1 genannten »*Gewinnrente* aus, während Sie eine Rentenleistung aus dieser Versicherung erhalten. Das ist nur der Fall, wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben.
- (3) Die »*Gewinnrenten* zahlen wir erstmals zu folgendem Zeitpunkt: Der »*Stamntag*, an dem der Verlust der Grundfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit oder die schwere psychische Erkrankung mindestens ein volles Jahr bestanden hat.
Wie hoch die jeweiligen Prozentsätze sind, erfahren Sie in der »*Überschussdeklaration*.
- (4) Eine Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* (siehe Abschnitt V) erhalten Sie zusammen mit der »*Gewinnrente*.

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den »*Bewertungsreserven*

- (1) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie an den »*Bewertungsreserven*. Dabei berücksichtigen wir die jeweils aktuellen Gesetze und Verordnungen.
- (2) Teile der Kapitalanlage weisen wir in der Bilanz unseres Jahresabschlusses möglicherweise mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert aus. Der Grund dafür sind gesetzliche Vorschriften. Die positive Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem Wert in der Bilanz bezeichnen wir als »*Bewertungsreserve*. »*Bewertungsreserven* verändern sich im Laufe der Zeit. Ihren Wert bestimmen wir jeweils zu Bewertungsstichtagen.
- (3) Versicherungsunternehmen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* berücksichtigen wir diese Regeln.
- (4) Die Beteiligung erfolgt - wie in § 153 VVG gefordert - nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Die Grundzüge dieses Verfahrens stellen wir im Rahmen der Erläuterungen zur jährlichen »*Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht dar.

Wichtige Eckpunkte zur Beteiligung Ihres Vertrages an den »*Bewertungsreserven*

- (5) In der leistungsfreien Zeit erfolgt für Ihren Vertrag keine Beteiligung an den »*Bewertungsreserven*. Die Beiträge Ihres Vertrages werden zur Finanzierung der »*Leistungsfälle* und für die Verwaltung der Verträge benötigt. Ein Ansparen einer Ablaufleistung und damit ein langfristiger Aufbau von Kapitalanlagen erfolgt nicht. Somit ergeben sich in einem verursachungsorientierten Verfahren keine ausschüttungspflichtigen »*Bewertungsreserven*.
- (6) Wenn wir Ihnen im Versicherungsfall eine Rente zahlen, kann für diese Absicherung eine Beteiligung an den »*Bewertungsreserven* verursachungsorientiert sein. Ob dies der Fall ist, stellen wir jährlich im Rahmen der Festsetzung der »*Überschussbeteiligung* fest. In der »*Überschussdeklaration* im Geschäftsbericht beschreiben wir das Verfahren.

Kosten

§ 13 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Wenn Sie den Vertrag abschließen und wenn sich Ihre Beiträge während der Laufzeit erhöhen, entstehen »*Kosten*. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rech-

nung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) regelt, welche »Kosten dazu zählen. Dazu gehören beispielsweise

- Provision für den Versicherungsvermittler,
 - Kosten für die Prüfung des Antrags,
 - Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
 - Kosten für Werbung.
- (2) Die Abschlusskosten fallen einmalig zu Beginn des Vertrags an. Bei Erhöhungen der Beiträge während der Vertragslaufzeit fallen die zusätzlichen Abschlusskosten zum Zeitpunkt der Erhöhung an. Die Höhe der Abschlusskosten zu Beginn des Vertrags können Sie dem in den Angebotsunterlagen enthaltenen Informationsblatt entnehmen.
- Wir wenden für Ihren Versicherungsvertrag das Zillmerverfahren an. Das ist ein Verfahren zur Verrechnung der einmalig anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung. Das Zillmerverfahren bedeutet, dass Sie mit Ihren ersten Beiträgen diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zahlen. Außerdem verwenden wir Ihre Beiträge für:
- Leistungen im Versicherungsfall,
 - laufende »Kosten für den Abschluss und die Verwaltung des Vertrags in der jeweiligen »Versicherungsperiode und
 - die Bildung einer »Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes.

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

- (3) Wenn sich Ihr Beitrag während der Vertragslaufzeit erhöht, fallen zu diesem Zeitpunkt für den zusätzlichen Teil des Beitrags ebenfalls Abschlusskosten an. Dies ist zum Beispiel bei dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen der Fall. Für die zusätzlichen Abschlusskosten gelten dieselben Regelungen wie in Absatz 2 zu den einmaligen Abschlusskosten zu Vertragsbeginn.
- (4) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrags nur ein geringes »Deckungskapital vorhanden ist. Damit sind auch zunächst nur geringe Beträge zur Bildung beitragsfreier Versicherungsleistungen vorhanden. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 16 und § 17. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 14 Gebühren

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

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für den »Versicherungsschein ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen (Rückläufer im Lastschriftverfahren),
- oder Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen. Änderungen sind zum Beispiel eine Stundung (siehe § 17 Abschnitt V), eine Reduzierung des Beitrags (siehe § 17 Abschnitt II) oder eine Reduktion des Umfangs der versicherten Leistungen (siehe § 20 Abschnitt II).

Die Höhe der »Gebühr entspricht dem Aufwand, der in solchen Fällen durchschnittlich entsteht. Bei der Berechnung der einzelnen »Gebühren sind wir generell von den folgenden Annahmen ausgegangen: Zunächst haben wir den Kostensatz derjenigen Mitarbeiter zugrunde gelegt, die die jeweiligen Geschäftsvorfälle bearbeiten. Zudem hängt die Höhe der »Gebühr von weiteren Sachkosten ab. Gemeint sind diejenigen Sachkosten, die bei der Bearbeitung der jeweiligen Geschäftsvorfälle üblicherweise bei uns anfallen. Wenn Sie die konkreten Annahmen für die Höhe einer »Gebühr, die wir Ihnen in Rechnung gestellt haben, wissen möchten, informieren wir Sie auf Nachfrage darüber.

Die Höhe der »Gebühr finden Sie im Gebührenkatalog. Den zu Vertragsbeginn gültigen Gebührenkatalog erhalten Sie mit Ihren Angebotsunterlagen. Wir sind berechtigt, die Höhe der »Gebühren entsprechend anzupassen, wenn sich die durch den jeweiligen Geschäftsvorfall entstehenden durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 Prozent erhöhen. Vermindern sich die durchschnittlichen Kosten um mindestens 10 Prozent, sind wir zu einer entsprechenden Absenkung der »Gebühren verpflichtet. Den jeweils aktuellen Gebührenkatalog senden wir Ihnen auf Anfrage gerne zu.

Wenn Sie uns nachweisen, dass

- unsere pauschalen Annahmen, die wir Ihnen auf Nachfrage zur Verfügung stellen, in Ihrem Fall nicht zutreffen, oder
- die mit der »Gebühr« abgegoltenen Kosten geringer sind,

kann die »Gebühr« entsprechend entfallen oder sinken.

Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge

§ 15

Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?

- (1) § 163 Versicherungsvertragsgesetz enthält Regelungen zur Neufestsetzung des Beitrags. Wir dürfen danach den vereinbarten Beitrag neu festlegen, wenn alle der folgenden Punkte zutreffen:
- Der Leistungsbedarf hat sich gegenüber den »Rechnungsgrundlagen« des vereinbarten Beitrags geändert. Die Veränderung ist weder vorübergehend noch war sie voraussehbar.
 - Der nach den berichtigten »Rechnungsgrundlagen« neu festgesetzte Beitrag ist angemessen. Er muss außerdem notwendig sein, um die dauernde Erfüllung der Leistungen aus der Versicherung zu gewährleisten.
 - Ein unabhängiger Treuhänder hat die »Rechnungsgrundlagen« und die genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist aber ausgeschlossen, falls

- die Leistungen aus der Versicherung zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies hätte erkennen müssen, insbesondere anhand der von zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Grundlagen für die Kalkulation.

Wenn Sie dies wünschen, werden wir nicht den Beitrag erhöhen, sondern stattdessen die Leistungen aus der Versicherung entsprechend reduzieren.

- (2) Wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen zutreffen und Ihre Versicherung beitragsfrei ist, dürfen wir die Leistungen aus der Versicherung reduzieren. Dies gilt nicht, wenn und solange wir Ihnen bereits eine Rentenleistung aus dieser Versicherung zahlen. Sie haben das Recht, ohne erneute »Risikoprüfung« den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Zuzahlung wiederherzustellen.
- (3) Wir werden Sie in »Textform« über den neu festgesetzten Beitrag oder die reduzierten Leistungen informieren. Die Änderungen werden zwei Monate nach unserer Mitteilung wirksam.

§ 16

Was gilt bei Kündigung?

- (1) Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden »Versicherungsperiode« ganz oder teilweise kündigen. Eine »Versicherungsperiode« ist bei jährlich vereinbarter »Beitragszahlweise« der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »Stammtagen«. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.
- (2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Bei einer nur teilweisen Kündigung reduzieren wir Ihren Beitrag. Näheres hierzu finden Sie jeweils in § 17. Ein »Rückkaufswert« fällt nicht an.
- (3) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

§ 17

Was gilt bei Beitragsfreistellung und welche weiteren Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Sollte die Beitragszahlung einmal für Sie schwierig werden, wenden Sie sich bitte an uns. Wir können Ihnen verschiedene Lösungen anbieten.

I. Beitragsfreistellung

- (1) Sie können Ihre Beitragszahlung jederzeit zum Schluss der laufenden »Versicherungsperiode« einstellen. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte in »Textform« mit. Andernfalls müssten wir Sie zunächst mahnen (siehe § 24 Abschnitt II).
- (2) Bei Beitragsfreistellung wandeln wir Ihre Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit reduzierten Leistungen um. Für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen wenden wir anerkannte

Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die »Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation. Haben Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart, entspricht die reduzierte »garantierte Einmalleistung aus diesem Schutz der reduzierten »garantierten versicherten Jahresrente.

Für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen legen wir mindestens diesen Betrag zugrunde:

- Der Betrag des »Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
 - Hierbei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze für die Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 13).
 - Den Betrag finden Sie auch in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrem »Versicherungsschein. Wir bezeichnen ihn dort als "garantiertes Guthaben" und weisen ihn in der Garantiewerttabelle aus.
- (3) Den aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehende Betrag mindern wir um
- rückständige Beiträge sowie um
 - einen Abzug.

Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Haben Sie für Ihren Vertrag das Überschussystem »Beitragsreduktion (siehe § 12 Abschnitt III Absatz 1) vereinbart, gilt zudem: Wir ziehen bereits unter Vorbehalt gewährte, aber noch nicht verdiente »Überschüsse ab. Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Beitragsfreistellung erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
- b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versichertengemeinschaft kein Nachteil entsteht.
- c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch hierfür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.
- d. Mit zunehmendem Alter erwarten wir eine größere Häufigkeit von »Leistungsfällen. Dementsprechend müsste ein jährlich unterschiedlicher Beitrag in Rechnung gestellt werden. Der Ihrem Vertrag zugrunde liegende Tarif verteilt die Beiträge über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages so, dass Ihr Vertrag einen konstanten Bruttobeitrag vorsieht. Beitragsteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt. Sie werden in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von »Leistungsfällen nicht ausreicht. Das Überschussystem »Beitragsreduktion (siehe § 12 Abschnitt III Absatz 1) ist diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den »Überschüssen ist als Prozentsatz der Beiträge definiert. Dadurch ergeben sich »Überschussanteile, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dies im Vertragsverlauf wieder aus. Wenn Sie für Ihren Vertrag das Überschussystem »Beitragsreduktion vereinbart haben, gilt bei einer Änderung des Vertrages wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach § 138 Abs. 2 VAG: Es muss derjenige Teil der vorfinanzierten »Überschüsse an die Versichertengemeinschaft wieder zurückgegeben werden, der zur Risikodeckung noch nicht verbraucht wurde.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen ausnahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben

wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.

Über die Höhe des Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrem »Versicherungsschein«.

- (4) Eine Fortführung der Versicherung unter Freistellung von der Pflicht zur Beitragszahlung ist allerdings nur möglich, wenn
- die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 300 EUR beträgt.

Bitte beachten Sie: Wird die Mindestrente nicht erreicht, erlischt die Versicherung.

II. Reduzierung des Beitrags

Anstatt die Beitragszahlung ganz einzustellen, können Sie den vereinbarten Beitrag auch immer zum nächsten Fälligkeitstermin reduzieren. Dabei setzen wir die versicherten Leistungen herab. Für die Berechnung der reduzierten Leistungen wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die »Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation. Haben Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart, entspricht die reduzierte »garantierte Einmalleistung aus diesem Schutz der reduzierten »garantierten versicherten Jahresrente«.

Den in Abschnitt I Absatz 3 beschriebenen Abzug nehmen wir in diesem Fall anteilig vor. Die herabgesetzte jährliche versicherte Rente darf auch in diesem Fall 300 EUR nicht unterschreiten.

III. Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags

- (1) Sie können
- innerhalb von 36 Monaten nach einer Reduzierung des Beitrags jederzeit den Beitrag wieder erhöhen bzw.
 - innerhalb von 36 Monaten nach einer Beitragsfreistellung die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Der neue Beitrag darf aber nicht höher sein als der Beitrag vor Beginn der Beitragsfreistellung oder der Reduzierung des Beitrags. Eine solche »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung ist allerdings nur möglich, sofern sämtliche dieser Voraussetzungen im Sinne der Versicherungsbedingungen erfüllt sind:

- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer Grundfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere psychische Erkrankung vor und es wurde auch keine derartige Diagnose gestellt. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere Krankheit vor. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.

In Ihrer Mitteilung zur gewünschten Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags können Sie uns auch einen Termin nennen, zu dem die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung automatisch erfolgt.

Für die »Wiederinkraftsetzung und die Beitragserhöhung gilt in allen Fällen:

- Nehmen Sie die Beitragszahlung innerhalb von sechs Monaten nach Beginn der Beitragsfreistellung wieder auf, benötigen wir keine neue »Risikoprüfung«.
- Auch wenn Sie innerhalb von sechs Monaten nach Beginn einer Reduzierung des Beitrags den Beitrag wieder erhöhen, benötigen wir keine neue »Risikoprüfung«.
- Nach Ablauf dieser Frist müssen Sie eine neue »Gesundheitsprüfung ablegen, wenn Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder den Beitrag erhöhen möchten.

Darüber wie sich die Wiederaufnahme der Beitragszahlung oder die Beitragserhöhung auf Ihren Vertrag auswirken, werden wir Sie im Einzelfall informieren.

- (2) Wenn Sie nach einer beitragsfreien Zeit die Zahlungen wieder aufnehmen oder nach einer Reduzierung des Beitrags Ihren Beitrag wieder erhöhen, gilt: Sie können Ihre Versicherungsleistungen vor Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden

Beiträge wiederherstellen. Falls Sie die zukünftigen Beiträge nicht erhöhen möchten, werden wir die Versicherungsleistungen neu ermitteln. Für die Berechnung der neuen Leistungen wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die »Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation. Haben Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart, entspricht die reduzierte »garantierte Einmalleistung aus diesem Schutz der reduzierten »garantierten versicherten Jahresrente.

- (3) Unter folgenden Umständen gilt die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung rückwirkend zum jeweiligen »Wirksamkeitstermin als nicht vereinbart:
- Die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung erfolgt nach Verlust einer versicherten Grundfähigkeit oder
 - die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung erfolgt nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder
 - die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung erfolgt nach Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, oder
 - die »Wiederinkraftsetzung oder Beitragserhöhung erfolgt nach Eintritt einer schweren Krankheit, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben.

In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Teil der Beiträge, der auf die »Wiederinkraftsetzung oder die Beitragserhöhung entfällt.

IV. Folgen einer Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Bildung beitragsfreier Versicherungsleistungen vorhanden. Die beitragsfreien Leistungen erreichen möglicherweise noch nicht den Mindestwert für eine Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt I Absatz 4). In diesem Fall erlischt Ihre Versicherung. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 13 Absatz 2.

Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung beitragsfreier Versicherungsleistungen zur Verfügung.

Nähere Informationen zur Höhe Ihrer beitragsfreien Versicherungsleistungen können Sie der Garantiewerttabelle entnehmen. Sie finden diese in Ihren Versicherungsunterlagen, beispielsweise in Ihrem »Versicherungsschein.

V. Stundung

Sie können für den Zeitraum von höchstens 24 Monaten eine Stundung Ihrer Beiträge beantragen. Ihr vereinbarter Versicherungsschutz wird bei einer Stundung der Beiträge aufrechterhalten. Bitte teilen Sie uns Ihren Wunsch auf Stundung in »Textform mit.

Eine Stundung Ihrer Beiträge ist nur möglich, sofern

- das »Deckungskapital Ihres Vertrages bereits einen Wert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist,
- zwischen dem Ende des Zeitraums der Stundung und dem Ende der »Versicherungsdauer noch mindestens fünf Jahre liegen und
- Ihr Vertrag nicht im Zahlungsverzug ist.

Wir dürfen marktübliche Zinsen für die Stundung erheben. Die gestundeten Beiträge sowie die eventuell anfallenden Zinsen für die Stundung können Sie nach Ablauf des Zeitraums der Stundung

- entweder in einem Betrag an uns zahlen oder
- oder nach Vereinbarung innerhalb eines Zeitraumes von maximal 24 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zurückzahlen. Bei einer rätierlichen Rückzahlung dürfen wir weitere marktübliche Stundungszinsen erheben.

Auf Wunsch können wir die Beträge auch durch eine Änderung Ihres Vertrages verrechnen. In diesem Fall müssen Sie die Beträge nicht nachzahlen. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab. Falls jedoch die herabgesetzten Leistungen die beitragsfreien Mindestleistungen unterschreiten, erlischt Ihr Vertrag. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

§ 18

Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?

I. Dynamik Ihrer Grundfähigkeitsversicherung

- (1) Wenn Sie eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung vereinbart haben, erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen ohne erneute »*Risikoprüfung*«. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Absatz 12 dürfen wir prüfen.

Die Vereinbarungen zur dynamischen Erhöhung Ihres Vertrags finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*«. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

- (2) Bei dynamischer Erhöhung Ihres Beitrags erhöhen sich die Beiträge Ihrer Versicherung im vereinbarten Rhythmus jeweils um den vereinbarten Prozentsatz.
- (3) Bei dynamischer Erhöhung Ihrer Leistungen erhöht sich die versicherte Rente Ihrer Versicherung im vereinbarten Rhythmus jeweils um den vereinbarten Prozentsatz. Wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, erhöht sich dabei auch die versicherte Einmalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit um denselben Prozentsatz.
- (4) Die Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen führen wir jeweils zum »*Stamntag*« durch. Die erste Erhöhung nach dem Beginn der Versicherung erfolgt dabei frühestens, nachdem ein volles Jahr vergangen ist.
- (5) Wir teilen Ihnen mit, wie sich bei vereinbarter Erhöhung des Beitrags die zugehörigen versicherten Leistungen erhöhen. Bei vereinbarter Erhöhung der Leistung teilen wir Ihnen mit, wie sich der zugehörige Beitrag erhöht.

Wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben, gilt: Nach einer dynamischen Erhöhung Ihrer Versicherung beträgt die erhöhte »*garantierte Einmalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit*« weiterhin genau eine »*garantierte versicherte Jahresrente*«.

- (6) Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen Versicherungsleistungen oder des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »*Rechnungsgrundlagen*«. Diese »*Rechnungsgrundlagen*« legen wir jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»VAG«).

Wir benachrichtigen Sie vor jeder Erhöhung.

- (7) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin der Erhöhung auf die Erhöhung des Beitrags oder der Leistungen verzichten. Auch wenn Sie mehrmals auf eine Erhöhung verzichten, erlischt ihr Recht auf dynamische Erhöhungen nicht.
- (8) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (9) Wenn Sie Rentenleistungen aus Ihrer Versicherung erhalten, erfolgen keine weiteren Erhöhungen mehr. Dies ist der Fall bei Leistungen wegen Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung. Wenn keine Leistungspflicht mehr besteht und wir die Zahlung der Rente wieder einstellen, können Sie erneut einen Antrag auf dynamische Erhöhungen Ihres Vertrags stellen.
- (10) Wir führen die letzte Erhöhung spätestens ein Jahr vor Ablauf der Dauer der Beitragszahlung durch.
- (11) Unsere Leistungen betragen höchstens 250 Prozent der Leistungen, die wir
- bei Beginn des Vertrags vereinbart haben,
 - zuzüglich etwaiger Erhöhungen aus Nachversicherungen (siehe § 19).

Wenn die versicherten Leistungen diese Grenze aufgrund von dynamischen Erhöhungen überschreiten würden, führen wir keine weiteren dynamischen Erhöhungen mehr durch.

- (12) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Renten wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit oder wegen Invalidität in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen inklusive eines eventuellen »*Sofortbonus*« (siehe § 12 Abschnitt III) einen bestimm-

ten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Renten

- 80 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens.

Wenn die versicherte Rente diesen Grenzwert durch eine dynamische Erhöhung oder eine Nachversicherung überschreitet, setzen wir die dynamische Erhöhung aus.

II. Vereinbarung einer garantierten Steigerung der Rente im Leistungsbezug (Leistungsdynamik für die versicherte Rente)

- (1) Bei Vertragsabschluss können Sie eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsbezug vereinbaren. Das bedeutet:
Wenn Sie eine Rentenleistung wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder einer schweren psychischen Erkrankung erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich die Rente, die wir Ihnen zahlen.
- Die Erhöhungen finden zu jedem »Stammtag« statt, der auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt.
- Wir erhöhen die Renten um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein«. Dabei erhöhen wir jeweils die bisherige, vor dem jeweiligen »Stammtag« gezahlte Rente.
- Die Beiträge für eine Grundfähigkeitsversicherung mit garantierter Steigerung der Rente im Leistungsbezug sind höher als diejenigen für eine solche ohne Steigerung.
- Wenn unsere Leistungspflicht wegfällt, endet die Zahlung der Rente (siehe § 1 Absatz 11). Wenn später erneut ein Versicherungsfall eintritt, zahlen wir wieder die Rente in der ursprünglich vereinbarten Höhe. Diese steigt dann in den folgenden Jahren wieder durch die garantierte Steigerung der Rente im Leistungsbezug.
Sie haben jedoch die Möglichkeit, die versicherten Leistungen gegen einen erhöhten Beitrag auf den Stand vor Wegfall der Leistungspflicht anzuheben. Für die Berechnung des erhöhten Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.

Wir werden Sie informieren, wenn die garantierten Steigerungen beginnen und wenn wir die jährlichen Erhöhungen durchführen. Sie können den garantierten Erhöhungen der Rente nicht widersprechen.

- (2) Wenn Sie sowohl den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit als auch eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsbezug mit uns vereinbart haben, gilt:
- Die versicherte Einmalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit erhöht sich nicht durch die garantierten Steigerungen im Leistungsbezug.
 - Das heißt: Während Sie eine Rentenleistung erhalten, entspricht die versicherte Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit weiterhin der versicherten Leistung zu Beginn der Rentenzahlung.

§ 19

Wann können Sie Ihre versicherten Leistungen erhöhen?

I. Anlassunabhängige Erhöhung

- (1) Sie können einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre Ihre versicherten Leistungen erhöhen, ohne dass ein bestimmtes Ereignis vorliegt. Dabei führen wir keine »Risikoprüfung« durch. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt IV Absatz 3 dürfen wir prüfen. Nach einer Erhöhung der Leistungen schließen wir allerdings eine rückwirkende Leistung (siehe § 1 Absatz 10) für die Erhöhung aus. Das heißt: Falls Sie eine Erhöhung vorgenommen haben und anschließend Rentenleistungen wegen eines Versicherungsfalles für einen Zeitraum vor der Erhöhung erhalten, nehmen wir die Erhöhung wieder zurück. Den auf die Erhöhung entfallenden Teil des Beitrags zahlen wir Ihnen zurück. Das gilt auch für die Einmalleistung bei Eintritt einer schweren Krankheit, wenn diese bereits vor dem Zeitpunkt der Erhöhung eingetreten ist. Wir zahlen Ihnen dann nur die versicherte Leistung, wie sie vor der Erhöhung bestand.

Diese Erhöhungsoption steht Ihnen nur zur Verfügung, wenn Sie Ihren Vertrag auf Grundlage einer umfassenden »Gesundheitsprüfung« abgeschlossen haben. Sie ist ausgeschlossen, wenn Sie vereinfachte Voraussetzungen für den Zugang genossen haben. Dies ist zum Beispiel bei

- verkürzter »Gesundheitsprüfung«,
- einer Gesundheitserklärung,
- einer Dienstobliegenheitserklärung oder
- einer erweiterten Dienstobliegenheitserklärung

der Fall.

(2) Für die anlassunabhängige Erhöhung gelten diese Grenzen:

- Bei der Erhöhung muss sich die versicherte Rente inklusive eines eventuellen »Sofortbonus um mindestens 300 EUR und um maximal 6.000 EUR pro Jahr erhöhen.
- Die gesamten bei uns versicherten Renten wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit inklusive eines eventuellen »Sofortbonus dürfen nach der Erhöhung maximal 18.000 EUR pro Jahr betragen.

Wenn die versicherten Renten inklusive der Erhöhung mehr als 18.000 EUR pro Jahr betragen würden, können Sie die Erhöhung trotzdem beantragen. Wir werden Ihnen dann allerdings zusätzliche Gesundheitsfragen stellen. Die zusätzlichen Gesundheitsfragen sind die Fragen, die wir zu Vertragsbeginn für versicherte Renten von mehr als 18.000 EUR pro Jahr zusätzlich stellen. Das ist aber nur der Fall, wenn wir Ihnen diese Fragen nicht bereits zu Vertragsbeginn gestellt haben. Ob und zu welchen Konditionen eine Erhöhung möglich ist, entscheiden wir auf Grundlage der zusätzlich beantworteten Gesundheitsfragen. Es gilt in diesem Fall außerdem folgende abweichende Grenze:

- Die gesamten bei uns versicherten Renten wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit inklusive eines eventuellen »Sofortbonus dürfen nach der Erhöhung maximal 30.000 EUR pro Jahr betragen.

II. Anlassabhängige Erhöhung

(1) Bei verschiedenen Anlässen können Sie Ihre versicherten Leistungen ohne erneute »Risikoprüfung erhöhen, sofern diese nach Versicherungsbeginn eingetreten sind. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt IV Absatz 3 dürfen wir prüfen. Diese Anlässe sind:

- a. Die versicherte Person heiratet oder begründet eine Eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.
- b. Die Ehe oder Eingetragene Lebenspartnerschaft der versicherten Person wird geschieden oder aufgelöst.
- c. Ein Kind der versicherten Person wird geboren oder die versicherte Person adoptiert ein unterhaltsberechtigtes Kind.
- d. Die versicherte Person erreicht die Volljährigkeit.
- e. Die versicherte Person nimmt eine selbstständige berufliche Tätigkeit zum Haupterwerb auf. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
- f. Die versicherte Person erreicht einen akademischen Abschluss. Eine Erhöhung aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.
- g. Die versicherte Person legt die Meisterprüfung ab oder schließt eine berufliche Qualifikation ab, die mit einer Gehaltserhöhung verbunden ist.
- h. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie im Wert von mindestens 50.000 EUR auf.
- i. Das regelmäßige jährliche Bruttoeinkommen der versicherten Person erhöht sich um mindestens 10 Prozent innerhalb eines Jahres.
- j. Die versicherte Person ist selbstständig und es gilt: Ihr durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre steigt um mindestens 30 Prozent im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuern der drei davor liegenden Jahre.
- k. Die versicherte Person nimmt ein Darlehen im gewerblichen Bereich in Höhe von mindestens 50.000 EUR auf.
- l. Der nationale Verbraucherpreisindex für Deutschland eines Kalenderjahres nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes hat sich um mehr als 6 Prozent im Vergleich zum Vorjahr erhöht. Eine Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente aus diesem Anlass ist nur einmalig während der Vertragslaufzeit möglich.

Ihr Recht auf anlassabhängige Erhöhung können Sie nur unter dieser Bedingung ausüben: Sie müssen uns Ihren Wunsch auf anlassabhängige Erhöhung innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt eines der genannten Anlässe anzeigen und entsprechende Nachweise vorlegen.

(2) Für die anlassabhängige Erhöhung gelten folgende Grenzen:

- Bei der Erhöhung muss sich die versicherte Rente inklusive eines eventuellen »Sofortbonus um mindestens 300 EUR und um maximal 6.000 EUR pro Jahr erhöhen.
- Die gesamten bei uns versicherten Renten wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit inklusive eines eventuellen »Sofortbonus dürfen nach der Erhöhung maximal 30.000 EUR pro Jahr be-

tragen.

- (3) Die anlassabhängigen Erhöhungen sind bis 15 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der »Versicherungsdauer« möglich. Beträgt die vereinbarte »Versicherungsdauer« weniger als 25 Jahre, gilt abweichend: Die anlassabhängigen Erhöhungen sind bis zehn Jahre nach Vertragsbeginn möglich.

III. Erhöhung bei Berufsstart

Bei erstmaliger Aufnahme einer zeitlich unbefristeten oder auf mindestens zwei Jahre befristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung gilt: Studenten und Auszubildende können ihre versicherten Leistungen ohne erneute »Risikoprüfung« erhöhen. Ausnahme: Die finanzielle Angemessenheit gemäß Abschnitt IV Absatz 3 dürfen wir prüfen. Diese Erhöhung ist nur innerhalb der ersten fünf Jahre nach Vertragsabschluss möglich. Die versicherte Rente pro Jahr inklusive eines eventuellen »Sofortbonus« können Sie hierbei

- verdoppeln,
- aber maximal um 12.000 EUR erhöhen.

Die gesamten bei uns versicherten Renten wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit inklusive eines eventuellen »Sofortbonus« dürfen nach der Erhöhung maximal 18.000 EUR pro Jahr betragen. Wenn die versicherten Renten inklusive der Erhöhung mehr als 18.000 EUR pro Jahr betragen würden, können Sie die Erhöhung trotzdem beantragen. Wir werden Ihnen dann allerdings zusätzliche Gesundheitsfragen stellen. Die zusätzlichen Gesundheitsfragen sind die Fragen, die wir zu Vertragsbeginn für versicherte Renten von mehr als 18.000 EUR pro Jahr zusätzlich stellen.

Ob und zu welchen Konditionen eine Erhöhung möglich ist, entscheiden wir dann auf Grundlage aller risikorelevanten Angaben. In diesem Fall gilt außerdem abweichend folgende Grenze: Die gesamten bei uns versicherten Renten wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit inklusive eines eventuellen »Sofortbonus« dürfen nach der Erhöhung maximal 30.000 EUR pro Jahr betragen.

IV. Zusätzliche Regelungen für alle Erhöhungen

- (1) Für die Erhöhungen aus den Abschnitten I-III gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt.
- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer Grundfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere psychische Erkrankung vor und es wurde auch keine derartige Diagnose gestellt. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere Krankheit vor. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.

- (2) Unter folgenden Umständen gilt die Erhöhung rückwirkend zum »Wirksamkeitstermin« der Erhöhung als nicht vereinbart:

- Die Erhöhung erfolgt nach Verlust einer Grundfähigkeit oder
- die Erhöhung erfolgt nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder
- die Erhöhung erfolgt nach Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, oder
- die Erhöhung erfolgt nach Eintritt einer schweren Krankheit, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben.

In diesem Fall erstatten wir Ihnen den Teil der Beiträge, der auf die Erhöhung entfällt.

- (3) Wir dürfen prüfen, ob die gesamten jährlichen Renten wegen des Verlusts einer Grundfähigkeit oder wegen Invalidität in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Sie dürfen inklusive eines eventuellen »Sofortbonus« (siehe § 12 Abschnitt III) einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Renten

- 80 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens.

Wenn die versicherte Rente diesen Grenzwert überschreitet, erhalten Sie ein verändertes Angebot, bei dem diese Grenze beachtet wird.

- (4) Wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben, erhöht sich die versicherte Einmalleistung im selben Verhältnis wie die versicherte Rente.
- (5) Die Erhöhungen der Leistung erhöhen Ihren Beitrag. Für die Berechnung der Höhe des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »Rechnungsgrundlagen. Diese »Rechnungsgrundlagen legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:
 - die Entwicklung der Lebenserwartung,
 - die Rendite der Kapitalanlagen und
 - die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»VAG).
- (6) Wenn Sie eine Erhöhung vornehmen möchten, informieren Sie uns bitte in »Textform.

§ 20

Wann können Sie den versicherten Umfang Ihrer Leistungen ändern?

Sie können auch Ihren versicherten Umfang an Leistungen während der Laufzeit Ihres Vertrages wechseln. Das heißt Sie können sowohl Ihr Grundfähigkeitenpaket ändern als auch den Schutz bei schwerer psychischer Erkrankung oder schwerer Krankheit hinzu- oder abwählen. Wann Sie das tun können und was dabei jeweils zu beachten ist, beschreiben wir Ihnen hier.

I. Erweiterung Ihres Umfangs an versicherten Leistungen

- (1) Unter einer Erweiterung des Umfangs an versicherten Leistungen verstehen wir:
 - Wechsel vom Grundfähigkeitenpaket "Basis" in "Plus" oder "Premium" sowie von "Plus" in "Premium",
 - Hinzufügen des Schutzes bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung,
 - Hinzufügen des Schutzes bei Eintritt einer schweren Krankheit.
- (2) Eine Erweiterung Ihres Grundfähigkeitenpakets können Sie innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre ohne erneute »Risikoprüfung durchführen.
In diesem Fall werden wir allerdings eine Wartezeit von sechs Monaten mit Ihnen vereinbaren. Die Wartezeit beginnt mit dem Zeitpunkt, den wir als Erweiterung des Grundfähigkeitenpakets mit Ihnen vereinbaren. Verliert die versicherte Person innerhalb der Wartezeit eine der neu hinzugenommenen Grundfähigkeiten, so erhalten Sie keine Leistung aus dem Schutz bei Verlust einer Grundfähigkeit. In diesem Fall gilt die Erweiterung des Umfangs an versicherten Leistungen rückwirkend zum »Wirksamkeitstermin der Erweiterung als nicht vereinbart. Es ist dann wieder der Umfang an Leistungen versichert, wie er vor dem Wechsel mit uns vereinbart war. Wir erstatten Ihnen den Teil der Beiträge zurück, der auf den erhöhten Umfang an versicherten Leistungen entfällt. Dasselbe gilt auch, wenn der Verlust der Grundfähigkeit bereits zum Zeitpunkt des Wechsels vorlag.

Diese Einschränkung der Leistung gilt nicht, wenn der Verlust der Grundfähigkeit durch einen Unfall verursacht wurde. Ein Unfall ist ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, durch das die versicherte Person unfreiwillig in ihrer Gesundheit geschädigt wird. Der Unfall muss sich während der »Versicherungsdauer und innerhalb der Wartezeit ereignet haben.

- (3) Sie können auch unabhängig von der Regelung in Absatz 2 eine Erweiterung Ihres Grundfähigkeitenpakets bei uns beantragen. In diesem Fall führen wir eine erneute vollständige »Gesundheitsprüfung durch. Wir entscheiden dann auf dieser Grundlage, ob und zu welchen Konditionen ein Wechsel möglich ist. Es fällt keine Wartezeit an.
- (4) Wenn Sie
 - den Schutz bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung oder
 - den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit

hinzufügen möchten, führen wir eine erneute vollständige »Gesundheitsprüfung durch. Wenn Sie den Schutz innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre hinzufügen, gilt abweichend: Wir stellen Ihnen nur die Frage, die wir zu Vertragsbeginn für den jeweiligen Schutz zusätzlich gestellt hätten.

Wir entscheiden dann auf Grundlage aller risikorelevanten Angaben, ob und zu welchen Konditionen ein Hinzufügen möglich ist.

- (5) Erweiterungen Ihres Umfangs an versicherten Leistungen ohne oder nur mit eingeschränkten Ge-

sundheitsfragen stehen Ihnen nur zur Verfügung, wenn gilt: Sie haben Ihren Vertrag auf Grundlage einer umfassenden »Gesundheitsprüfung« abgeschlossen. Sie ist ausgeschlossen, wenn Sie vereinfachte Voraussetzungen für den Zugang genossen haben. Dies ist zum Beispiel bei

- verkürzter »Gesundheitsprüfung,
- einer Gesundheitserklärung,
- einer Dienstobliegenheitserklärung oder
- einer erweiterten Dienstobliegenheitserklärung

der Fall. Dann ist eine Erweiterung Ihres Umfangs an versicherten Leistungen nur mit einer vollständigen »Gesundheitsprüfung« möglich.

- (6) Für die Erweiterungen Ihres Umfangs an versicherten Leistungen gelten die folgenden Voraussetzungen:

- Sie zahlen noch Beiträge für Ihren Vertrag. Das heißt Ihr Vertrag wurde weder planmäßig noch vorzeitig beitragsfrei gestellt.
- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt.
- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer Grundfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere psychische Erkrankung vor und es wurde auch keine derartige Diagnose gestellt. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben oder durch den Wechsel hinzunehmen.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere Krankheit vor. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben oder durch den Wechsel hinzunehmen.

Die Erweiterungen Ihres Umfangs an versicherten Leistungen sind bis 15 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der »Versicherungsdauer« möglich. Beträgt die vereinbarte »Versicherungsdauer« weniger als 25 Jahre, gilt abweichend: Die Erweiterungen sind bis zehn Jahre nach Vertragsbeginn möglich.

- (7) Eine Erweiterung des Umfangs an versicherten Leistungen erhöht Ihren Beitrag. Für die Berechnung der Höhe des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »Rechnungsgrundlagen«. Diese »Rechnungsgrundlagen« legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,
- die Rendite der Kapitalanlagen und
- die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»VAG«).

II. Reduktion Ihres Umfangs an versicherten Leistungen

- (1) Unter einer Reduktion des Umfangs an versicherten Leistungen verstehen wir:

- Wechsel vom Grundfähigkeitenpaket "Premium" in "Plus" oder "Basis" sowie von "Plus" in "Basis",
- Abwahl des Schutzes bei Eintritt einer schweren psychischen Erkrankung,
- Abwahl des Schutzes bei Eintritt einer schweren Krankheit.

- (2) Sie können den Umfang an versicherten Leistungen immer zum nächsten Fälligkeitstermin Ihres Beitrags reduzieren. Die Reduktion Ihres Umfangs an versicherten Leistungen ist jedoch nur bis 15 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der »Versicherungsdauer« möglich. Beträgt die vereinbarte »Versicherungsdauer« weniger als 25 Jahre, gilt abweichend: Die Reduktionen sind bis zehn Jahre nach Vertragsbeginn möglich.
Voraussetzung ist, dass Sie noch Beiträge für Ihren Vertrag zahlen. Andernfalls ist eine Reduktion nicht möglich.

- (3) Eine Reduktion des Umfangs an versicherten Leistungen reduziert auch Ihren Beitrag. Für die Berechnung des reduzierten Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Reduktion aktuellen »Rechnungsgrundlagen«. Diese »Rechnungsgrundlagen« legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Reduktion fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

- die Entwicklung der Lebenserwartung,

- die Rendite der Kapitalanlagen und
 - die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (>VAG).
- (4) Den aus Ihrer Versicherung für die Berechnung des Beitrags bereits zur Verfügung stehenden Betrag mindern wir um einen Abzug. Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie den Umfang Ihrer versicherten Leistungen reduzieren, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Haben Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem »*Beitragsreduktion*« (siehe § 12 Abschnitt III Absatz 1) vereinbart, gilt zudem: Wir ziehen anteilig bereits unter Vorbehalt gewährte, aber noch nicht verdiente »*Überschüsse*« ab.
- Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Reduktion erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:
- a. Bei einer Reduktion entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
 - b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko ihre Leistungen eher reduzieren als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versichertengemeinschaft kein Nachteil entsteht.
 - c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Umfang an versicherten Leistungen reduzieren, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch hierfür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.
 - d. Mit zunehmendem Alter erwarten wir eine größere Häufigkeit von »*Leistungsfällen*«. Dementsprechend müsste ein jährlich unterschiedlicher Beitrag in Rechnung gestellt werden. Der Ihrem Vertrag zugrunde liegende Tarif verteilt die Beiträge über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages so, dass Ihr Vertrag einen konstanten Bruttobeitrag vorsieht. Beitragsteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt. Sie werden in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von »*Leistungsfällen*« nicht ausreicht. Das Überschusssystem »*Beitragsreduktion*« (siehe § 12 Abschnitt III Absatz 1) ist diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den »*Überschüssen*« ist als Prozentsatz der Beiträge definiert. Dadurch ergeben sich »*Überschussanteile*«, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dies im Vertragsverlauf wieder aus.
- Wenn Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem »*Beitragsreduktion*« vereinbart haben, gilt bei einer Änderung des Vertrages wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach § 138 Abs. 2 VAG: Es muss anteilig derjenige Teil der vorfinanzierten »*Überschüsse*« an die Versichertengemeinschaft wieder zurückgegeben werden, der zur Risikodeckung noch nicht verbraucht wurde.

Die Beweislast für die Angemessenheit des so bestimmten Abzugs tragen wir. Haben wir diesen Nachweis erbracht, können Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen ausnahmsweise nicht oder nur teilweise zutreffen. Ist dies bezogen auf Ihren Vertrag der Fall, erheben wir keinen oder nur einen entsprechend reduzierten Abzug.

Über die Höhe des Abzugs informieren wir Sie in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrem »*Versicherungsschein*«. Die Höhe ist unter anderem abhängig davon, wie hoch die Reduzierung Ihres Beitrags durch die Reduktion des Umfangs an versicherten Leistungen ausfällt.

- (5) Wenn Sie Ihren Umfang an versicherten Leistungen reduzieren, können Sie finanzielle Nachteile haben. Bereits verrechnete einmalige Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 13) erstatten wir nicht zurück. Wir informieren Sie gerne.

III. Regelungen für alle Änderungen Ihres Umfangs an versicherten Leistungen

- (1) Bei allen Änderungen Ihres Umfangs an versicherten Leistungen bleibt die Höhe der versicherten

Leistungen stets unverändert. Die versicherte Rente bleibt nach dem Wechsel gleich, ebenso Ihre versicherte Einmalleistung, wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben.

Fügen Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit hinzu, entspricht die »garantierte versicherte Einmalleistung immer der »garantierten versicherten Rente für ein Jahr. Ihren Beitrag passen wir wie beschrieben an.

- (2) Bitte beachten Sie, dass wir wie in § 14 beschrieben eine »Gebühr für eine Reduktion des Umfangs Ihrer versicherten Leistungen erheben.
- (3) Bitte teilen Sie uns Ihren Wunsch auf Wechsel des Umfangs an versicherten Leistungen in »Textform mit.

§ 21

Wann können Sie Ihre Vertragsdauer verlängern?

- (1) Bei Anhebung des gesetzlichen Renteneintrittsalters können Sie die Laufzeit Ihres Vertrags ohne erneute »Risikoprüfung verlängern. Bestehende Zuschläge und Ausschlüsse bleiben bestehen.

Sie müssen uns den Wunsch auf Verlängerung innerhalb von sechs Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung in »Textform mitteilen.

- (2) Für die Option auf Verlängerung der Laufzeit Ihres Vertrags gelten diese Voraussetzungen:

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt.
- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer Grundfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere psychische Erkrankung vor und es wurde auch keine derartige Diagnose gestellt. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere Krankheit vor. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

Die Verlängerung der Laufzeit ist zudem nur bis fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der aktuellen »Versicherungsdauer möglich.

- (3) Für die Verlängerung der verschiedenen Laufzeiten Ihres Vertrags gilt:

- Sie können den Vertrag maximal um die auf die versicherte Person zutreffende tatsächliche Differenz des gesetzlichen Renteneintrittsalters vor und nach der Anhebung verlängern.
- »Versicherungs- und »Leistungsdauer werden um dieselbe Anzahl Monate verlängert.
- Haben Sie eine durchgehende Dauer der Beitragszahlung mit uns vereinbart, verlängert sich diese um dieselbe Anzahl Monate wie die »Versicherungsdauer.
- Haben Sie eine abgekürzte Dauer der Beitragszahlung mit uns vereinbart und diese Dauer ist noch nicht abgelaufen, so gilt: Sie haben die Wahl, ob die Dauer der Beitragszahlung ebenfalls verlängert werden soll. Falls ja, verlängert sich diese um dieselbe Anzahl Monate wie die »Versicherungsdauer.
- Ist Ihre Versicherung bereits planmäßig beitragsfrei, so wird sie weiterhin beitragsfrei fortgesetzt.
- Fällt das Ende der Dauer der Beitragszahlung oder die »Leistungsdauer nicht auf einen Zahlungstermin, dann gilt: Die letzte Beitrags- oder Rentenzahlung erfolgt nur entsprechend anteilig für die Dauer der letzten Zahlungsperiode.

- (4) Sie haben die Wahl, ob bei der Verlängerung entweder der aktuelle Beitrag oder die aktuelle Höhe der Leistungen beibehalten werden soll. Für die Berechnung der neuen Leistungen oder des neuen Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Verlängerung bereits für den Vertrag geltenden »Rechnungsgrundlagen. Wenn Ihr Vertrag bereits planmäßig beitragsfrei ist, gilt abweichend: Sie können auch einen einmaligen Betrag zahlen, um die bisherigen Leistungen beizubehalten, wie sie vor der Verlängerung bestanden. Andernfalls reduzieren wir wie beschrieben die Leistungen. Für die Berechnung des einmaligen Betrags verwenden wir ebenfalls die zum Zeitpunkt der Verlängerung für den Vertrag geltenden »Rechnungsgrundlagen.

Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung

§ 22

Unter welchen Bedingungen können Sie in die Berufsunfähigkeitsversicherung wechseln?

- (1) Sie können zu bestimmten Anlässen ohne erneute »*Risikoprüfung*« in einen Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder der Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) der Gothaer Lebensversicherung AG wechseln.

Diese Anlässe sind:

- a. Die versicherte Person nimmt nach erfolgreichem Abschluss einer Regelschule und vor Vollendung des 21. Lebensjahres erstmalig eine staatlich anerkannte berufliche oder akademische Ausbildung auf.
- b. Die versicherte Person nimmt nach erfolgreichem Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung erstmalig eine auf mindestens zwölf Monate befristete oder unbefristete Tätigkeit auf.

Dieser Tarifwechsel kann nur vorgenommen werden, sofern der betreffende Anlass während der »*Versicherungsdauer*«, frühestens aber fünf Jahren nach Versicherungsbeginn des aktuellen Vertrags eintritt und die weiteren Voraussetzungen gemäß Absatz 2 erfüllt sind.

Darüber hinaus gilt:

- Erfolgt der Tarifwechsel nach erfolgreichem Abschluss einer Regelschule anlässlich der erstmaligen Aufnahme einer staatlich anerkannten beruflichen Ausbildung, so sind der Regelschulabschluss durch Vorlage des Regelschulzeugnisses und die Aufnahme der Ausbildung durch Vorlage des Ausbildungsvertrages zu belegen.
- Erfolgt der Tarifwechsel nach erfolgreichem Abschluss einer Regelschule anlässlich der erstmaligen Aufnahme einer staatlich anerkannten akademischen Ausbildung, so ist die erstmalige Neueinschreibung an einer Hochschule durch Vorlage einer Immatrikulationsbescheinigung zu belegen.
- Erfolgt der Tarifwechsel anlässlich der Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung, so ist die Aufnahme dieser Tätigkeit durch Vorlage des Arbeitsvertrages zu belegen.

Um diese Option auf anlassabhängigen Tarifwechsel auszuüben, müssen Sie uns Ihren Wunsch auf Wechsel innerhalb von zwölf Monaten nach Eintreten des betreffenden Anlasses in »*Textform*« mitteilen.

- (2) Die Option auf Wechsel in einen Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder der Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) der Gothaer Lebensversicherung AG kann nur ausgeübt werden, wenn wir zum Zeitpunkt des Wechsels einen entsprechenden Tarif anbieten und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die im Rahmen der Ausbildung ausgeübte berufliche Tätigkeit, die im Rahmen des Studiengangs ausgeübte studentische Tätigkeit oder der nach Abschluss der beruflichen oder akademischen Ausbildung aufgenommene Beruf sind gemäß der zum Zeitpunkt des Wechsels geltenden Annahmerichtlinien versicherbar;
- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistung aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt;
- Bei der versicherten Person liegt kein Verlust einer versicherten Grundfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Krankschreibung vor;
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

Haben wir bei der Annahme Ihres aktuellen Vertrages Leistungsausschlüsse oder Zuschläge mit Ihnen vereinbart, so gilt darüber hinaus:

- Ein Wechsel in einen Tarif der selbstständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder der Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) ist ausgeschlossen.

- (3) Wenn Sie Ihre Option auf anlassabhängigen Tarifwechsel ausüben, werden wir mit Ihnen einen neuen Vertrag in dem von Ihnen gewählten Zieltarif schließen. Für diesen neu zu schließenden Vertrag gilt:

- a. Der Vertragsschluss im gewählten Zieltarif erfolgt ohne erneute »*Risikoprüfung*« gemäß der zum Wechselzeitpunkt gültigen tariflichen Bestimmungen und Vertragsbedingungen sowie unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien.
 - b. Es kann für die Berufsunfähigkeitsversicherung und die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) maximal eine jährliche Rente in Höhe der zum Zeitpunkt des Wechsels versicherten jährlichen Grundfähigkeitsrente, höchstens aber bis zu einer Rentenleistung von maximal 36.000 EUR pro Jahr abgesichert werden.
- (4) Ihr Vertrag des Gothaer Fähigkeitenschutzes erlischt infolge der Ausübung der Wechseloption mit Versicherungsbeginn des neu geschlossenen Vertrages im von Ihnen gewählten Zieltarif.

Sonstige Regelungen

§ 23

Wer erhält die Versicherungsleistung?

I. Leistungsempfänger

- (1) Die Leistung erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.
- (2) Wir leisten gegen Vorlage des »*Versicherungsscheins*«. Wir werden aber nicht an den Inhaber des »*Versicherungsscheins*« leisten, wenn wir an seiner Berechtigung zweifeln.

II. Bezugsberechtigung

- (1) Sie können eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt benennen.
- (2) Bis der Versicherungsfall eintritt, können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Bezugsberechtigt kann nur die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung sein. Das sind
 - Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Verwandte und Verschwägerter in gerader Linie,
 - Geschwister,
 - Kinder der Geschwister,
 - Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Geschwister der Eltern.
- (4) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen in »*Textform*« bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.
- (5) Bitte informieren Sie uns in »*Textform*«, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

III. Abtretung - Verpfändung

Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, so ist diese uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisherige Berechtigte in »*Textform*« angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

§ 24

Beitragszahlung

Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Die Zahlungsweise der Beiträge finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*«. Eine »*Versicherungsperiode*« ist bei jährlicher Zahlungsweise des Beitrags der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »*Stammtagen*«. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlungsweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.

I. Erster Beitrag

- (1) Wenn Sie den »*Versicherungsschein* erhalten haben, zahlen Sie bitte Ihren ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen. Haben wir im »*Versicherungsschein* einen späteren Termin für die erste Zahlung vereinbart? Dann zahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin.

Ein wichtiger Hinweis: Sie haben von Anfang an keinen Versicherungsschutz, wenn Sie diese Fristen aus eigener Schuld versäumen.

- (2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten, wenn Sie die Zahlung noch nicht veranlasst haben. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie die unpünktliche Zahlung oder Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Die Teilnahme am Lastschriftverfahren ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

- (1) Damit Sie weiter in vollem Umfang versichert sind, zahlen Sie bitte die folgenden Beiträge ebenfalls bis zu ihren Fälligkeitsterminen. Wenn Sie die Zahlung zum Tag der Fälligkeit vergessen haben, werden wir Ihnen eine Mahnung schicken. Wir setzen Ihnen in der Mahnung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wir können die Mahnung mit einer Kündigung verbinden. Bezahlen Sie die offenen Beiträge nicht innerhalb der Frist und haben Sie das zu vertreten, sind Sie nur noch eingeschränkt oder gar nicht versichert. Auf die rechtlichen Folgen werden wir Sie in der Mahnung hinweisen.
- (2) Im »*Leistungsfall* verrechnen wir rückständige Beiträge mit unserer Leistung.

§ 25

Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland)

- (1) Wir sind aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet. Sie müssen uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen
 - bei Vertragsabschluss,
 - bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
 - auf Nachfrage

unverzüglich - das heißt 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 beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
 - der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

maßgebend sein können. Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach derzeitiger Gesetzeslage insbesondere sein können, können Sie beispielhaft den steuerlichen Informationen zu Ihrem Versicherungsvertrag entnehmen.

- (3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.
- (4) Wenn Sie Ihre Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 verletzen, kann dies dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.
- (5) Bitte teilen Sie uns insbesondere Ihren Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit. Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag in »*Textform*. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.

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

§ 26

Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

- (1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.
- (2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine »natürliche Person« kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.
- (4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig. Dies gilt auch für einen Umzug nach Island, Norwegen oder in die Schweiz.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach »VVG und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

§ 27

An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

- (1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

- (2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

- (3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

- (4) 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. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

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

Rechtsweg

- (5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

- (6) Unabhängig hiervon können Sie sich jederzeit auch an uns wenden. Unsere interne Beschwerdestelle steht Ihnen hierzu zur Verfügung. Sie erreichen diese derzeit wie folgt:

lv_service@gothaer.de

Anhang: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Barauszahlung

Die Barauszahlung bezeichnet eine zusätzliche Form der »Überschussbeteiligung« in der leistungsfreien Zeit. Sie müssen die Barauszahlung jährlich neu beantragen und dafür gesundheitsbewusstes Verhalten der versicherten Person nachweisen. Bei erfolgreichem Nachweis überweisen wir Ihnen zum »Stamntag« den Betrag aus der Barauszahlung auf Ihr Konto.

Beitragsreduktion

Beitragsreduktion bezeichnet eine Form der »Überschussbeteiligung« in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten »Überschüsse«, um Ihren zu zahlenden Beitrag zu verringern. Näheres finden Sie in § 12.

Beitragszahlweise

Die Beitragszahlweise ist der Rhythmus, in dem Sie Ihre Beiträge zahlen: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Zahlweise haben Sie bei Abschluss des Vertrags festgelegt.

Bewertungsreserven

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

Deckungskapital

Das Deckungskapital ist der Wert, der einem Versicherungsvertrag zu einem bestimmten Zeitpunkt des Versicherungsverlaufs zugeordnet wird. Er wird mittels anerkannter Regeln der Versicherungsmathematik berechnet. Er ergibt sich als Differenz zukünftiger erwarteter Versicherungsleistungen sowie »Kosten« und zukünftig erwarteter Beiträge. Für die Berechnung beitragsfreier Leistungen erhöhen wir das Deckungskapital auf den Betrag, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Diesen Wert bezeichnen wir als "garantiertes Guthaben". Das garantierte Guthaben ist daher in den ersten fünf Vertragsjahren höher als das Deckungskapital.

Deckungsrückstellung

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

Garantierte Leistungen (versicherte Rente / Einmalleistung)

Die garantierte versicherte Rente oder die garantierte Einmalleistung sind die versicherten Leistungen, die Sie mit uns für den »Leistungsfall« vereinbart haben. Wenn Sie mit uns als »Überschussverwendung« den »Sofortbonus« vereinbart haben, zahlen wir Ihnen eine zusätzliche Leistung zur garantierten Leistung. Außerdem können Sie zusätzlich eine »Gewinnrente« erhalten.

Gebühr

Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als »Kosten« zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrages aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 14.

Gesundheitsprüfung

Die Gesundheitsprüfung ist Teil der »Risikoprüfung«. Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 7. Auch wenn Sie während der Laufzeit die Leistungen erhöhen oder den versicherten Umfang der Leistungen wechseln möchten, können wir eine Gesundheitsprüfung durchführen. Mehr dazu finden Sie in § 19 und § 20.

Gewinnrente

Gewinnrente bezeichnet eine Form der »Überschussbeteiligung«. Wir verwenden die jährlich zugeteilten »Überschüsse«, damit Sie eine höhere Rente im Versicherungsfall erhalten. Wenn in einem Jahr keine »Überschüsse« anfallen, bleibt die Rente gleich.

HGB

Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (beispielsweise einer Beitragsfreistellung)

Bei diesem Inkrafttreten wird zum Beispiel eine Beitragsfreistellung wirksam. Dies geschieht am ersten Tag eines Monats.

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den »Gebühren« sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 13. Wie

hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden Sie in Ihrem Informationsblatt.

Leistungsdauer

Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, in dem wir die vereinbarte Rentenleistung höchstens erbringen. Das Ende der Leistungsdauer kann nach dem Ende der »Versicherungsdauer liegen.

Ein Beispiel für Sie: Tritt der »Leistungsfall (zum Beispiel der Verlust einer Grundfähigkeit) in der »Versicherungsdauer ein, erbringen wir die Leistung (die versicherte Rente) bis zum Ende der Leistungsdauer. Sie finden die Leistungsdauer in Ihrem »Versicherungsschein.

Leistungsfall

Der Leistungsfall ist das Ereignis, das die vertraglich vereinbarte Leistung auslöst. Das kann beispielsweise der Verlust einer Grundfähigkeit oder der Eintritt einer schweren Krankheit sein.

Natürliche Person

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

Rechnungsgrundlagen

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

Rentenzahlungsperiode

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

Rentenzahlweise

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

Risikoprüfung

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

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des garantierten »Deckungskapitals zum Zeitpunkt einer Kündigung oder Beitragsfreistellung. Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir für die Berechnung beitragsfreier Leistungen zugrunde legen. Mehr zur Beitragsfreistellung finden Sie in § 17. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und der zugehörigen beitragsfreien Leistung bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags finden Sie beispielsweise in Ihrem »Versicherungsschein.

Sofortbonus

Sofortbonus bezeichnet eine Form der »Überschussbeteiligung in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten »Überschüsse, um Ihre versicherte Rente oder die Einmalleistung im »Leistungsfall zu erhöhen. Näheres finden Sie in § 12.

Stamntag

Der Stamntag ist der erste Tag des Monats, in dem die Versicherung abläuft. Den Ablauftermin Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein. Wenn Sie Ihre Vertragsdauer verlängern (siehe § 21), ändert sich dadurch jedoch nicht Ihr Stamntag.

Textform

Die Textform ist eine Form für die Abgabe von Willenserklärungen im Rechtsverkehr (beispielsweise auf Papier oder in einer E-Mail). Eine Unterschrift ist hier nicht nötig. Gesetzlich geregelt wird die Textform in § 126b BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Überschussanteil

Der Überschussanteil bezeichnet die Höhe der »Überschüsse, die wir einem Vertrag zuweisen. Siehe auch »Überschusszuteilung.

Überschussdeklaration

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

Überschuss, Überschussbeteiligung

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

Überschussverwendung

Die Überschussverwendung ist die Art und Weise, wie wir »Überschüsse« den Verträgen bei der »Überschussbeteiligung« zuteilen. Das kann zum Beispiel eine »Beitragsreduktion«, ein »Sofortbonus« oder eine »Gewinnrente« sein. Näheres finden Sie in § 12.

Überschusszuteilung

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

VAG

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

Verantwortlicher Aktuar

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

Verbrechen

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

Vergehen

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

Versicherungsdauer

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn bis Ende der Versicherung. Sie finden die Versicherungsdauer in Ihrem »Versicherungsschein«.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode richtet sich nach der »Beitragszahlweise«. Bei Abschluss des Vertrags entscheiden Sie sich für eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche »Beitragszahlweise«. Die Versicherungsperioden legen wir vom »Stamntag« der Versicherung aus fest.

Ist der »Stamntag« der Versicherung beispielsweise der 1. Juli bei halbjährlicher »Beitragszahlweise«, so gibt es jährlich zwei Versicherungsperioden: vom 1. Juli bis zum 31. Dezember und vom 1. Januar bis zum 30. Juni.

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

VVG

Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wiederherstellung, Wiederinkraftsetzung

Wenn Ihr Vertrag für einen gewissen Zeitraum beitragsfrei war, können Sie unter bestimmten Umständen die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Dann sprechen wir von einer Wiederherstellung oder Wiederinkraftsetzung. Näheres dazu erfahren Sie in § 17.

Wirksamkeitstermin (beispielsweise einer Kündigung)

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