



Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Grundfähigkeitsversicherung Digital

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Leistung

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	4
§ 2	Wann liegt ein Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen vor?	5
§ 3	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	12
§ 4	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	15
§ 5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	15
§ 6	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	16
§ 7	Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?	18
§ 8	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	20
§ 9	Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?	20
§ 10	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?	21
§ 11	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	21
§ 12	Wer erhält die Leistung?	21

Beitrag

§ 13	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	22
§ 14	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	22
§ 15	Was gilt für Erhöhungen des Beitrags und der Leistungen?	23

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

§ 16	Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten oder bei Änderung Ihres Versicherungsbedarfs?	25
§ 17	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?	25



§ 18	Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?	26
------	---	----

Kosten

§ 19	Welche Kosten werden mit Ihrem Beitrag verrechnet?	27
------	--	----

§ 20	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	27
------	--	----

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und/oder Ihres Namens?	27
------	--	----

§ 22	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	28
------	---	----

§ 23	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	28
------	---	----

§ 24	Wo ist der Gerichtsstand?	28
------	---------------------------	----

Begriffsbestimmungen

Tarifübersicht (Umfang der versicherten Module)

Anlage zum optionalen Modul Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit): Auszug aus dem ICD-10-GM-2018 (Stand 01.01.2018), Kapitel V Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)



Einführung

Die NÜRNBERGER Grundfähigkeitsversicherung Digital sichert Grundfähigkeiten ab. Optional bietet sie zudem Schutz vor Erwerbsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankungen.

Beinhaltet ist immer Schutz im Umfang des

- **Moduls Start**

- Sehen
- Hören
- Sprechen
- Sitzen
- Stehen
- Gebrauch eines Armes (Tätigkeiten auf Schulter- bzw. Brusthöhe)
- Gebrauch einer Hand
- Greifen und Halten
- Gleichgewichtssinn
- Orientierung
- Intellekt
- Gesetzliche Betreuung
- Alltagskompetenz

Diesen Schutz können Sie mit bis zu drei optionalen Modulen passend erweitern:

- **Modul Mobilität** - optional

- Gehen
- Treppen steigen
- Ziehen und Schieben
- Heben und Tragen
- Knien und Bücken
- Autofahren
- Öffentlicher Personennahverkehr

- **Modul Büro** - optional

- Unterhaltung führen
- Bildschirmnutzung
- Fingerfertigkeit
- Schreiben

- **Modul Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit)** - optional

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

Die optionalen Module können bei Vertragsabschluss unabhängig voneinander zum Modul Start hinzugewählt werden. Während der Vertragslaufzeit kann eine Änderung der Modulkombinationen nur nach Maßgabe des § 15 Absatz 5 bzw. des § 16 Absatz 3 beantragt werden.

Bitte beachten Sie: Die in den nachfolgenden Bedingungen verwendeten Begriffe der "Grundfähigkeit", "Pflegebedürftigkeit" und "Erwerbsunfähigkeit" stimmen nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Erwerbsminderung, Erwerbsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeld-Versicherung überein.



Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Modularer Versicherungsschutz

(1) Je nach dem von Ihnen gewählten Modulumfang ist versichert:

- **Modul Start:** Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben a) bis m));
- **Modul Mobilität:** Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben n) bis t));
- **Modul Büro:** Beeinträchtigung von Grundfähigkeiten (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben u) bis x));
- **Modul Psyche (=Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit):** volle Erwerbsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung (siehe § 2 Absatz 2).

Die Höhe unserer Leistungspflicht ändert sich nicht, wenn mehrere Versicherungsfälle aus einem oder mehreren Modulen gleichzeitig eintreten oder bestehen.

a) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer in einer versicherten Grundfähigkeit bedingungsgemäß im Sinne des § 2 Absatz 1 beeinträchtigt, erbringen wir Leistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5.

Für die Grundfähigkeit „Autofahren“ (§ 2 Absatz 1 Buchstabe s)) ist zusätzlich Voraussetzung, dass die Fahrlizenz während der Versicherungsdauer entzogen oder nicht mehr erteilt wird.

b) Haben Sie mit uns das Modul Psyche (=Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit) vereinbart und tritt während der Versicherungsdauer ein Versicherungsfall nach § 2 Absatz 2 ein, erbringen wir Leistungen nach Maßgabe der Absätze 2 bis 5, wenn sowohl die Störung als auch die Erwerbsunfähigkeit während der Versicherungsdauer eintreten.

(2) Leistungen:

- Wir zahlen die vereinbarte Rente, längstens für die Versicherungsdauer.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung Digital (einschließlich aller vereinbarten Module).

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

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

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

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

Keine Leistung bei Tod

(6) Stirbt die versicherte Person, wird Ihr Versicherungsvertrag zum nächsten Monatsersten – mittags 12 Uhr – beendet. Eine Leistung wird nicht fällig. Es erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufswerts. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Sonstige Regelungen für alle Leistungen

(7) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

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



(10) Unsere Leistungen überweisen wir Ihnen auf Ihre Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(11) Ein entstandener Anspruch wird in der Regel erst fällig, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten erfüllt (siehe § 7 Absätze 3 bis 4) und wir daraufhin unsere Erhebungen abgeschlossen haben (siehe § 7 Absatz 5). Wir entscheiden dann über die Leistungspflicht. Bis zu dieser Entscheidung müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bezahlen; wir werden sie jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

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

- in Form einer einmaligen Zahlung oder
- in maximal 48 Monatsraten (Einzelrate mindestens 25,00 EUR).

(12) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen (siehe § 3).

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

Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit

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

- voraussichtlich mindestens 12 Monate ununterbrochen in einer der versicherten Grundfähigkeiten beeinträchtigt oder
- bereits mindestens 12 Monate ununterbrochen in einer der versicherten Grundfähigkeiten beeinträchtigt gewesen ist.

In beiden Fällen leisten wir rückwirkend ab Beginn der Zwölf-Monats-Frist. Wann eine bedingungsgemäße Beeinträchtigung vorliegt, beschreiben wir Ihnen unten unter den Buchstaben a) bis x); bitte beachten Sie, dass die dortigen Definitionen abschließend zu verstehen sind und nicht beispielhaft.

Der Beginn der Zwölf-Monats-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Die Zwölf-Monats-Frist beginnt

- grundsätzlich mit dem Tag, an dem die Beeinträchtigung erstmals das versicherte Ausmaß erreicht.
- Bei der Grundfähigkeit „Autofahren“ nach Buchstabe s) beginnt die Zwölf-Monats-Frist mit dem Tag, für den das Gutachten erstmals die fehlende Fahrtauglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung feststellt.
- Bei der Grundfähigkeit „Alltagskompetenz“ nach Buchstabe m) beginnt die Zwölf-Monats-Frist mit dem Tag, an dem die Pflegebedürftigkeit erstmals mit 2 Punkten zu bewerten ist bzw. die Demenz erstmals zum versicherten Autonomieverlust führt.

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

Der Versicherungsschutz ist primär begrenzt auf solche Beeinträchtigungen, Störungen, Erkrankungen, Verletzungen des Körpers und Kräfteverfall, die auf unmittelbar körperlichen Ursachen beruhen. Das bedeutet, dass Ihr Vertrag von vornherein nur körperlich bedingte Beeinträchtigungen, Störungen, Erkrankungen Verletzungen des Körpers und Kräfteverfall versichert, die weder psychisch noch psychosomatisch bedingt sind. Diese primäre Begrenzung des versicherten Risikos gilt für neun der im Modul Start versicherten Grundfähigkeiten, nämlich die in § 2 Absatz 1 Buchstaben a) bis i) beschriebenen, sowie für die beiden optionalen Module Mobilität und Büro jeweils insgesamt. Diese primäre Risikobegrenzung gilt dagegen nicht für

- die vier Grundfähigkeiten "Orientierung", "Intellekt", "Gesetzliche Betreuung" und „Alltagskompetenz“ im Modul Start (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben j) bis m));
- das optionale Modul Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit) nach § 2 Absatz 2.

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

Modul Start

a) Sehen



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

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

b) Hören

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

c) Sprechen

Die Sprache der versicherten Person ist stark beeinträchtigt, nachdem der Spracherwerb zuvor bereits abgeschlossen war. Das bedeutet, dass sich die versicherte Person nicht mehr mit Worten gegenüber einem unabhängigen Dritten verständlich machen kann und die Beeinträchtigung der Sprache durch den Aachener Aphasie-Test oder einen anderen anerkannten wissenschaftlichen Test bestätigt wurde. Stottern ist nicht versichert.

d) Sitzen

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

e) Stehen

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

f) Gebrauch eines Armes

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

- einen 200 g leichten Gegenstand auf einem Regal in Schulter- bzw. Brusthöhe zu platzieren und wieder herunterzunehmen, oder
- einen Arm aus der Schulter heraus über den Kopf zu heben.



g) Gebrauch einer Hand

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

- nicht mehr in der Lage ist, eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen, oder
- nicht mehr in der Lage ist, eine Schraube, die in einem gedübelten Loch angesetzt ist, vollständig hinein- und wieder herauszudrehen.

h) Greifen und Halten

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

i) Gleichgewichtssinn

Der Gleichgewichtssinn der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass der Gleichgewichtssinn der versicherten Person aufgrund einer organischen Erkrankung oder Verletzung derart eingeschränkt ist, dass sie nicht mehr auf der obersten Stufe einer 3-stufigen Haushaltsleiter 5 Minuten frei stehen bleiben kann (d. h. ohne sich abzustützen und ohne sich festzuhalten).

Die Beeinträchtigung des Gleichgewichtssinns muss durch einen Facharzt nachgewiesen sein.

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

j) Orientierung

Die Orientierungsfähigkeit der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie sich selbst nicht mehr örtlich und zeitlich zu ihrer Person orientieren kann (z. B. durch eine Hirnschädigung, Schizophrenie oder Psychose) und sie deswegen nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. die Organisation oder Strukturierung des eigenen Tagesablaufs) auszuführen. Die gesundheitliche Beeinträchtigung sowie die Unfähigkeit, alltagsrelevante Tätigkeiten auszuführen, sind durch einen Facharzt auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests festzustellen. Der Facharzt hat zudem mittels eines üblicherweise standardisierten Tests, der die Orientierungsfähigkeit prüft (z. B. DemTect, MMSE, MMST o. Ä.), zu zeigen, dass die versicherte Person in Bezug auf die Orientierung zu den schlechtesten 10% der Durchschnittsbevölkerung gehört.

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

k) Intellekt

In Bezug auf

- die Auffassungsgabe oder
- die Konzentration bzw. Aufmerksamkeit oder
- das Gedächtnis oder
- die Handlungsplanung

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



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

- Auffassungsgabe: HAWIE, WST o. Ä..
- Konzentration/Aufmerksamkeit: D2, TAPo. Ä.
- Gedächtnis: VLMT, AVLT o. Ä.
- Handlungsplanung: Turm von Hanoi, ZVT o. Ä.

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

l) Gesetzliche Betreuung

Die psycho-intellektuelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist so stark beeinträchtigt, dass ihr kein ausreichend eigenverantwortliches Handeln mehr möglich ist. Das bedeutet, dass ein deutsches Gericht anhand eines psychiatrischen Gutachtens nach deutschem Recht entscheidet, dass die versicherte Person aufgrund einer Einschränkung ihrer psycho-intellektuellen Leistungsfähigkeit gesetzlich betreut werden muss. Sowohl die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit als auch die Anordnung der gesetzlichen Betreuung müssen innerhalb der Versicherungsdauer beginnen und ununterbrochen mindestens für 12 Monate vorliegen.

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

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

m) Alltagskompetenz

Die Alltagskompetenz der versicherten Person ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass bei ihr entweder

- eine Pflegebedürftigkeit nach Art und Umfang der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (sogenannter ADL-Score) gegeben ist (siehe Doppelbuchstabe aa)), oder
- ein Autonomieverlust wegen Demenz (siehe Doppelbuchstabe bb)) vorliegt.

Ihr Versicherungsschutz umfasst in beiden Fällen auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versicherungsfälle (siehe Absatz 1).

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

(aa) Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit nach Art und Umfang der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (sogenannter ADL-Score) bedeutet, dass die versicherte Person so hilflos ist, dass sie für mindestens 2 Punkte der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf, und zwar selbst bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.

Die Pflegebedürftigkeit darf nicht durch geeignete und zumutbare Hilfsmittel des täglichen Lebens (z. B. Gehhilfe) auf einen Grad zu verbessern sein, der nicht mehr den für die Einstufung des Pflegefalls erforderlichen Mindestgrad erreicht.



Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfedurch eine andere Person. Bei der Bewertung müssen 2 Punkte aus der nachstehenden Punktetabelle erfüllt sein:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer benötigt.

- Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Verrichten der Notdurft 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

(bb) Autonomieverlust wegen Demenz

Autonomieverlust wegen Demenz bedeutet, dass die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung entweder

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens 2 Punkten der in Buchstabe m) Doppelbuchstabe (aa) aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

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

Modul Mobilität - optional:

n) Gehen

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

o) Treppen steigen

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



p) Ziehen und Schieben

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

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

q) Heben und Tragen

Die Fähigkeit der versicherten Person, zu heben und zu tragen, ist zumindest an einem ihrer beiden Arme stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie mit dem linken oder dem rechten Arm nicht mehr in der Lage ist, einen Gegenstand von 2 kg (z. B. einen mit Wasser gefüllten Eimer) von einer Erhöhung, die sich in Hüfthöhe der versicherten Person befindet, anzuheben und 5 m weit zu tragen.

r) Knien und Bücken

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

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

s) Autofahren

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

- voraussichtlich mindestens für 12 Monate feststellt oder
- bereits mindestens für 12 Monate festgestellt hat

und der versicherten Person infolgedessen die Fahrlizenz der Klasse B nachweislich entzogen wird oder nicht erteilt werden kann. Der Verlust der PKW-Fahrtauglichkeit der Klasse 3 ist entsprechend mitversichert. Nicht versichert ist ein isolierter Verlust der in der Klasse 3 (C1E und C1) enthaltenen erweiterten Fahrerlaubnisse (Klein-LKW), der nicht mit einem Verlust der PKW-Lizenz einhergeht.

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

t) Öffentlicher Personennahverkehr

Die Fähigkeit der versicherten Person, den öffentlichen Personennahverkehr zu nutzen, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Handlauf, Einstiegshilfen der öffentlichen Verkehrsmittel; nicht aber mitgeführte Geräte wie Unterarm-Gehstützen)

- nicht mehr in der Lage ist, in einen Bus, eine Bahn oder ein Schiff des öffentlichen Personennahverkehrs in Deutschland ein- oder auszusteigen, oder
- nicht mehr in der Lage ist, darin 20 Minuten während des Fahrbetriebs zu sitzen, oder
- den öffentlichen Personennahverkehr nicht mehr nutzen kann, weil ihr eine Demenz- oder Alzheimererkrankung mit dem Schweregrad 4 nach der Reisbergskala (GDS) sicher diagnostiziert wurde.



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

Modul Büro - optional:

u) Unterhaltung führen

Die Fähigkeit der versicherten Person, eine Unterhaltung zu führen, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie nicht mehr in der Lage ist, auf einfache Fragen (z. B. „Welches Datum ist heute?“ oder „Wo sind wir jetzt?“) sinnvolle Antworten zu geben, die zu der Frage in Bezug stehen und für einen unabhängigen Dritten verständlich sind (z. B. „Heute ist der 13. Januar“ oder „Wir sind zuhause“). Es muss ein fachärztlicher Bericht über die Ursache vorliegen (z. B. Bildgebung des Gehirns mittels MRT oder CT), der die Beeinträchtigung dieser Fähigkeit mit organischen Befunden belegt.

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

v) Bildschir mnutzung

Die Fähigkeit der versicherten Person, einen Bildschirm zu nutzen, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass - auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Brille, Orthese, Prothese) und regelmäßiger kurzer Pausen-

- das Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) der versicherten Person auf dem besseren Auge maximal 3/10 (0,3) beträgt

oder die folgenden beiden Fälle zusammen gegeben sind:

- die versicherte Person ist nicht mehr in Lage, eine Stunde durchgehend frei vor einem Bildschirm auf ebenem, festem Boden stehen zu bleiben (auch nicht unter Veränderung der Haltung) und
- die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Stunde ununterbrochen auf einem ergonomischen Stuhl vor einem Bildschirm zu sitzen (auch nicht mit einer Änderung der Position und/oder einem Abstützen auf Armlehnen).

w) Fingerfertigkeit

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

- weder mit der linken noch mit der rechten Hand mehr in der Lage ist, eine Schraube mit Regelgewinde und 8mm Durchmesser in eine passende Mutter zu schrauben, sodass sie sitzt, oder
- weder mit der linken noch mit der rechten Hand mehr in der Lage ist, eine PC-Tastatur bestimmungsgemäß zu bedienen, sodass sie 5 Wörter, jeweils in der Länge von 5 Buchstaben, tippen kann.

x) Schreiben

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

Modul Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit) - optional:

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

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



3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt ausüben (Höhe der Einkünfte ist nicht maßgeblich).

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

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

Beim Modul Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit) gilt die primäre Risikobegrenzung nach § 2 Absatz 1 nicht, d. h. Ihr Versicherungsschutz umfasst bei diesem Modul insbesondere auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versicherungsfälle.

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

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

Sonstige Regelungen für alle Versicherungsfälle

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

(4) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese für alle Leistungen, also sowohl bei Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit als auch bei voller Erwerbsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4) sowie
- wann wir die Überschüsse Ihrem Vertrag gutbringen und wie wir sie je nach der von Ihnen gewählten Variante verwenden (Absatz 5).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

Damit Sie nachvollziehen können, wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln, erklären wir Ihnen,

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen (c).



Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

(a) Überschüsse können aus 3 verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90% vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Grundfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung der versicherten Risiken und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis

In der Grundfähigkeitsversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen, wenn das Risiko für den Eintritt eines Versicherungsfalls niedriger ist als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90% beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

(b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 VAG abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.)

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.



(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da vor Eintritt eines Versicherungsfalles keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir deren Höhe monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(a) Wir haben gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst (bei Einzelversicherungen mit Überschussbeteiligung, bei denen das Anlagerisiko von uns getragen wird, z. B. "Kapitalbildende Lebensversicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter", "Berufsunfähigkeits-Versicherungen einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen"). Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheins genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

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

(a) Beitragspflichtige Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

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

(b) Beitragsfreie Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

Beitragsfreie Versicherungen erhalten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent eines zum Ende des Versicherungsjahres eventuell vorhandenen Deckungskapitals. Im Jahr der Beitragsfreistellung wird der Überschuss für den Zeitraum vom Termin der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung bis zum Ende des Versicherungsjahres anteilig gewährt. Ist zum Ende eines Versicherungsjahres kein Deckungskapital vorhanden, erhält die beitragsfreie Versicherung für dieses Jahr keine laufenden Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile werden zum Ende jedes Versicherungsjahres ausgezahlt.

(c) Versicherungen während eines Rentenbezugs (leistungspflichtige Versicherung)

Für Zeiten des Rentenbezugs gutgebrachte Überschussanteile bewirken eine jährliche Steigerung der versicherten Rente. Die Erhöhung aus der Überschussbeteiligung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

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



§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Der von uns zugesagte Versicherungsschutz umfasst von vornherein nur solche Versicherungsfälle, die körperlich bedingt sind (primäre Risikobegrenzung, siehe § 2 Absatz 1). Der Versicherungsschutz umfasst daher keine psychisch oder psychosomatisch bedingten Versicherungsfälle. Eine Ausnahme gilt für die vier Grundfähigkeiten "Orientierung", "Intellekt", "Gesetzliche Betreuung" und „Alltagskompetenz“ im Modul Start (siehe § 2 Absatz 1 Buchstaben j) bis m)) und für das optionale Modul Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit) nach § 2 Absatz 2.

Der mit diesen Maßgaben zugesagte Versicherungsschutz ist jedoch in allen Modulen ausgeschlossen (Risikobegrenzung/Ausschluss), wenn der Eintritt des Versicherungsfalls verursacht ist

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

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

(c) durch folgende Handlungen, die durch Sie und/oder die versicherte Person vorgenommen wurden:

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

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

(d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie oder die versicherte Person vorsätzlich den Eintritt eines Versicherungsfalls der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;

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

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

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



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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

können.

Rücktritt

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

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

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

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

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, erlischt der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.



Vertragsänderung

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

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

Anfechtung

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

Irrtümliche Risikoeinschätzung

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

Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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



Erklärungsempfänger

(21) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins (siehe § 11 Absatz 1) als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

Anzeige des Versicherungsfalls

(1) Für die Anzeige des Versicherungsfalls und das Beantragen von Leistungen besteht keine Meldefrist. Wenn Sie uns später informieren, leisten wir deshalb gegebenenfalls bereits rückwirkend ab Beginn der Zwölf-Monats-Frist.

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

Mitwirkungspflichten

Nach der Anzeige des Versicherungsfalls beginnen wir mit unseren Erhebungen und benötigen zu deren Durchführung Ihre Mitwirkung (siehe Absätze 3 bis 4). Ohne hinreichende Mitwirkung tritt in der Regel keine Fälligkeit der Versicherungsleistungen ein. Je nach dem Grad Ihres Verschuldens kann eine unterlassene Mitwirkung außerdem Ihren Versicherungsschutz gefährden (siehe Absätze 5 und 6). Bitte kommen Sie den Mitwirkungspflichten deshalb in Ihrem eigenen Interesse nach.

Im Folgenden erläutern wir Ihnen, welche Mitwirkungspflichten allgemein (Absatz 3) und bei Eintritt eines Versicherungsfalls (Absatz 4) bestehen. Wir stellen Ihnen außerdem dar, welche Folgen eine Verletzung dieser Mitwirkungspflichten haben kann (Absätze 5 und 6).

(3) Zu operativen Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern und/oder die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit zu bessern, ist die versicherte Person nicht verpflichtet. Eine Nichtdurchführung einer solchen Operation steht unserer Leistungspflicht nicht entgegen.

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

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

(4) Mitwirkungspflichten im Versicherungsfall:

(a) Wir sind befugt, die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von Attesten und Bescheiden zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten in deutscher Sprache bzw. in amtlich beglaubigter Übersetzung zur Verfügung zu stellen.

Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten

- weitere ärztliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise
- auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen -



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

(b) In allen Versicherungsfällen nach § 2 Absatz 1 bis 2 sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- die Urkunde des Versicherungsscheins, falls Sie dessen Ausstellung ausnahmsweise als Urkunde verlangt hatten (siehe § 11 Absatz 1);
- eine Geburtsurkunde, die Namen und Geburtsort der versicherten Person enthält (Original oder beglaubigte Kopie);
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über Art und Umfang der beeinträchtigten Grundfähigkeiten. Wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet, akzeptieren wir auch die Berichte eines dort tätigen Arztes.

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

Bei Beeinträchtigung einer der Grundfähigkeiten des Moduls Start nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a) bis i) oder der optionalen Module Mobilität und/oder Büro muss die Bescheinigung des Facharztes zudem bestätigen, dass körperliche Ursachen der Grund sind.

(d) Bei Beeinträchtigung der Grundfähigkeit "Autofahren" nach § 2 Absatz 1 Buchstabe s) sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b) das verkehrsmedizinische Gutachten nach § 11 FeV sowie der behördliche Bescheid, mit dem die Fahrlizenz entzogen wurde (Original oder beglaubigte Kopie), einzureichen.

Aus dem Gutachten soll sich ergeben, dass die Fahruntauglichkeit und der Entzug bzw. die Nichterteilung der Fahrlizenz körperliche Ursachen haben. Enthält das Gutachten nach § 11 FeV insoweit keine hinreichenden Feststellungen, ist auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu dem Gutachten eine nachvollziehbare Bescheinigung eines Facharztes hinsichtlich der körperlichen Verursachung einzureichen.

(e) Bei Beeinträchtigung der Grundfähigkeit „Alltagskompetenz“ nach § 2 Absatz 1 Buchstabe m) sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b) einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit/Demenz;
- ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit/Demenz;
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie das dem Bescheid zugrundeliegende Gutachten;
- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird.

(f) Bei voller Erwerbsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung nach § 2 Absatz 2 (optionales Modul Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit)) sind uns auf Kosten des Anspruchstellers zusätzlich zu Buchstabe b) einzureichen:

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



(5) Unsere Leistungen werden erst fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in den Absätzen 3 bis 4 genannten Mitwirkungspflichten nicht erfüllen, kann dies unter anderem zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht kann somit unter anderem dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird, selbst wenn die Mitwirkung schuldlos unterbleibt. Bitte erfüllen Sie alle Mitwirkungspflichten deshalb vor allem in Ihrem eigenen Interesse.

(6) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den Absätzen 3 bis 4 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchs erhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

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

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

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

§ 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Nachprüfung

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

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

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Erwerbsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt von 3 Stunden täglich oder mehr ausübt.

Mitwirkungspflichten

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Die Auskünfte haben Sie zu erteilen und an den Untersuchungen mitzuwirken. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.



Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet. Dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

Die Bestimmungen des § 7 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

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

- die gesetzliche Betreuung aufgehoben wird (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe I));
- die Fahrerlaubnis erteilt wird (siehe § 2 Absatz 1 Buchstabe s);
- der Rentenbescheid eines Trägers der Gesetzlichen Rentenversicherung oder eines berufsständischen Versorgungswerks aufgehoben oder geändert wird;
- die versicherte Person bei voller Erwerbsunfähigkeit infolge psychischer Erkrankung nach § 2 Absatz 2 eine Erwerbstätigkeit von 3 Stunden (oder mehr) ausübt;

Leistungsfreiheit

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

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

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

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

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

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir übermitteln Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal). Wenn Sie es wünschen, können Sie die Ausstellung als Urkunde in Papierform verlangen.

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

§ 12 Wer erhält die Leistung?

(1) Sie als unser Versicherungsnehmer erhalten die jeweilige Leistung.

(2) Sie können uns keine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll. Die Einräumung eines Bezugsrechts ist ausgeschlossen.

(3) Ansprüche aus der Grundfähigkeitsversicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.



Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Jahresbeiträge zu Ihrem Vertrag sind in monatlichen Raten zu zahlen. Die Raten sind jeweils zum Ersten eines Kalendermonats fällig.

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

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

- Die Beitragsrate konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

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

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

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

(6) Die Versicherungsperiode entspricht bei laufender Beitragszahlung einem Jahr, beginnend und endend jeweils mittags 12 Uhr. Bei einer prämienfreien Versicherung entspricht eine Versicherungsperiode einem Versicherungsmonat.

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

Erster Beitrag

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

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

Folgebeitrag

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

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

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



Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, erlischt der Vertrag zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr.

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

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

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

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

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche Möglichkeiten Sie haben, um Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen.

- Dies ist durch planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus möglich, die Sie bei Vertragsbeginn und unter bestimmten Umständen auch noch während der Vertragsdauer vereinbaren können. Für diese enthalten die Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus detaillierte Regelungen.
- Bei bestimmten Ereignissen besteht innerhalb von 12 Monaten ab dem Ereignis die Möglichkeit zu außerplanmäßigen Erhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Vergleichen Sie hierzu die Absätze 2 und 3.
- Wünschen Sie unabhängig von diesen Voraussetzungen eine außerplanmäßige Erhöhung, prüfen wir gerne eine entsprechende Möglichkeit und nehmen dann eine erneute Risikoprüfung vor. Vergleichen Sie hierzu Absatz 4.
- Falls Sie nachträglich eines der optionalen Module Mobilität, Büro und/oder Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit) zusätzlich einschließen wollen, vergleichen Sie hierzu Absatz 5.

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

(1) Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

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

(2) Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie haben bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis und vor Vollendung des 46. Lebensjahres der versicherten Person die Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer gültigen Annahmerichtlinien um maximal 25 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen, höchstens auf eine Rente von 1.500,00 EUR pro Monat (18.000,00 EUR pro Jahr):

- Heirat;
- Tod des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes;
- nachhaltige Einkommenserhöhung eines Nichtselbstständigen um mindestens 10 % (maßgeblich: Bruttojahreseinkommen im Vergleich zum Vorjahr);
- nachhaltige Gewinnsteigerung eines Selbstständigen um mindestens 30 % (maßgeblich: durchschnittlicher Gewinn vor Steuern der letzten 3 Jahre im Vergleich zu den 3 davorliegenden Jahren);
- Finanzierung (Immobilienwerb) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen. Außerdem müssen die unter Absatz 3 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.



(3) Weitere Voraussetzungen und Regelungen

- Die versicherte Person hat das 46. Lebensjahr noch nicht vollendet. Maßgeblich ist nicht der Zeitpunkt der Beantragung, sondern der jeweilige Erhöhungstermin.
- Das Ereignis tritt erst nach dem Versicherungsbeginn ein.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist für die versicherte Person weder ein Versicherungsfall eingetreten, noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsunfähigkeit noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsunfähigkeitsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsunfähigkeitsrente bezogen.

Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif herangezogen wird.

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie setzt die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (siehe § 6) nicht erneut in Lauf.

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

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter Risikoprüfung

(4) Wünschen Sie unabhängig von den Absätzen 1 und 2 eine Erhöhung des Versicherungsschutzes, haben Sie hierauf keinen Rechtsanspruch. Wir werden Ihre Anfrage aber gerne prüfen. Es wird dabei unter anderem eine erneute Risikoprüfung stattfinden. Möglicherweise können wir Ihrem Wunsch dann allenfalls dadurch entsprechen, dass wir Ihnen den Neuabschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrags nach einem dann verkaufsoffenen Tarif anbieten.

Nachträgliche Vereinbarung eines optionalen Moduls

(5) Wenn und sobald wir die nachträgliche Hinzunahme eines der optionalen Module Mobilität, Büro oder Psyche (= Absicherung bei psychischer Erwerbsunfähigkeit) im Wege der Vertragsänderung ermöglichen können, werden wir Sie darüber informieren. Gegebenenfalls haben Sie dann bis einschließlich zum 31.12.2029 die Möglichkeit, unter Beibehaltung der Ihrem Vertrag bei Abschluss zu Grunde gelegten Rechnungsgrundlagen (Zins, Kosten, Tafel) sowie Versicherungsbedingungen das gewünschte Modul einzuschließen. Es wird dabei unter anderem eine erneute Risiko- und Gesundheitsprüfung stattfinden.



Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

Beitragsstundung

(1) Sie können für den Zeitraum von maximal 24 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen, wenn der Vertrag bereits 3 Jahre besteht. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen.

Die Stundung ist zinslos, wenn und solange Sie uns anhand eines Bescheids oder Leistungsnachweises eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks nachweisen, dass Sie

- arbeitslos sind,
- sich in der gesetzlichen Elternzeit befinden oder
- erwerbsgemindert oder pflegebedürftig sind.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Eine weitere Stundung ist wieder zinspflichtig.

Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 48 Monatsraten (Einzelrate mindestens 25,00 EUR) nachzahlen.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine vorherige Vereinbarung in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) mit uns erforderlich.

Sonstige Möglichkeiten

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

Änderung des Versicherungsbedarfs

(3) Wenn und sobald wir die nachträgliche Änderung der Modulkombination im Wege der Vertragsänderung ermöglichen können, werden wir Sie darüber informieren. Gegebenenfalls haben Sie dann bis einschließlich zum 31.12.2029 die Möglichkeit, unter Beibehaltung der Ihrem Vertrag bei Abschluss zu Grunde gelegten Rechnungsgrundlagen (Zins, Kosten, Tafel) sowie Versicherungsbedingungen die Modulkombination Ihres Vertrags zu ändern. Es wird dabei unter anderem eine erneute Risiko- und Gesundheitsprüfung stattfinden.

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

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr) kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) zu erfolgen.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente den Mindestbetrag von 500,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihren Vertrag beenden wollen, müssen Sie ihn also ganz kündigen.

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

(2) Bei Kündigung erlischt der Vertrag zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr). Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts.

Bei Teilkündigung ermäßigt sich die Versicherungssumme in Bezug auf alle vereinbarten Module, ohne dass einzelne Module vollständig entfallen.



Keine Beitragsrückzahlung

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

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

Umwandlung

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass die Versicherung zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Dies ist in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) zu beantragen. Voraussetzung der Umwandlung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet.

Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, erlischt der Vertrag zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr.

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

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich Ihr Gesundheitszustand seit Vertragsschluss nicht verschlechtert hat. Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach einer Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

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

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

(3) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung vermindern sich alle Leistungen in gleicher Weise wie die Monatsrente.

Teilweise Umwandlung

(4) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente den Mindestbetrag von 500,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihr Umwandlungsantrag unwirksam ist. In diesem Fall müssen Sie die vollständige Umwandlung beantragen.

Bei einer teilweisen Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung vermindern sich alle Leistungen in gleicher Weise wie die Monatsrente, ohne dass einzelne Module vollständig umgewandelt werden.

Garantiewerte

(5) Eine Übersicht über die prämienfreien Monatsrenten ist in den Garantiewerten abgedruckt.



Kosten

§ 19 Welche Kosten werden mit Ihrem Beitrag verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen und in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige in den Beitrag einkalkulierte Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

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

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

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

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

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

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden jeweiligen Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass der bei uns regelmäßig entstehende jeweilige Aufwand der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, werden wir die Pauschale entsprechend herabsetzen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und/oder Ihres Namens?

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

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



§ 22 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

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

unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen.

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

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht, maßgebend sein können.

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

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

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

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

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

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Begriffsbestimmungen

AVB: Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.

Allgemeine Vertragsdaten (Bestandteil des Versicherungsscheins): Diese Information weist unter anderem die versicherungstechnischen Daten und die vertraglichen Leistungen aus. Dort haben wir Ihnen außerdem dokumentiert, welche Module Sie versichert haben (versichert: ja/nein).

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

Leistungsdauer: Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird. Die Leistungsdauer unserer Renten entspricht in dieser Grundfähigkeitsversicherung der Versicherungsdauer.



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

Monatsrente: Bei allen versicherten Renten handelt es sich um Monatsrenten.

Nachversicherungsgarantie: Bei bestimmten Ereignissen wie z. B. Heirat oder einer qualifizierten Einkommenssteigerung haben Sie unter bestimmten weiteren Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer Annahmerichtlinien zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absätze 2 und 3.

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

Prämie: ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

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

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

Versicherte Person: Das ist die Person, auf deren Gesundheitszustand die Versicherung abgeschlossen ist.

Versicherungsdauer: Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht

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

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

Versicherungsnehmer: Das ist die Person, die die Versicherung beantragt hat und unser Vertragspartner wird. Er wird als solcher in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins genannt.

Versicherungsperiode: Diese entspricht bei laufender Beitragszahlung einem Jahr, beginnend und endend jeweils mittags 12 Uhr. Bei einer prämienfreien Versicherung entspricht eine Versicherungsperiode einem Versicherungsmonat.