NÜRNBERGER VERSICHERUNG

AGENTUR HORST KETELHUT
Ihre Mehrfach-Versicherungsvertretung
Werraweg 43
33689 Bielefeld
Tel. 05205 - 4233
Fax 05205 - 22980
Vermittlung von starken Versicherungen
www.agentur-ketelhut.de

4 Future Existenz-Schutz

Die mtl. Grundfähigkeitenrente wird fällig bei Einschränkungen von:

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

Auch die folgenden Bausteine gehören bei uns dazu:

- **Psyche:** zahlt die vereinbarte GF-Rente bei voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung (vollwertiger Krankheitenkatalog nach ICD 10);
- **Büro:** leistet zusätzlich bei Verlust der Fähigkeiten Schreiben, Bildschirmarbeit, Tastatur sowie Touchscreen bedienen;
- **Körperliche Arbeit:** sichert zusätzlich den Verlust der Fähigkeiten Heben, Tragen und Beugen, Knien und Bücken, Ziehen und Schieben sowie sich Erheben ab;
- **Mobilität:** leistet zusätzlich, wenn Sie krankheitsbedingt nicht mehr Auto oder Motorrad fahren dürfen
- **lebenslange Pflegerente,** sofern bis zum 67. Lebensjahr mindestens Pflegegrad 2 erfüllt ist und weiterhin besteht.

Zusätzliche Versicherungssumme bei Diagnose bestimmter schwerer Erkrankungen:

Für zusätzlichen finanziellen Freiraum bei einer schweren Erkrankung

Eine schwere Krankheit kann das Leben von jetzt auf gleich völlig verändern. Hier hilft der Ernstfallschutz.

- Bei Diagnose einer von mehr als 50 versicherten schweren Erkrankungen erhalten Sie eine einmalige Kapitalzahlung bis max. 200.000 EUR
- Das Geld steht Ihnen zur freien Verfügung. Damit können Sie beispielsweise alternative Behandlungsmethoden, einen erforderlichen Umbau Ihres Hauses oder eine Vertretung für Ihren Gewerbebetrieb finanzieren.
- Bei den 4 Erkrankungen Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Multiple Sklerose erhalten Sie bereits eine Teilleistung (50 % der Versicherungssumme, max. 25.000 EUR) bei einem minderschweren Grad der Erkrankung
- **Kinder** (auch zukünftige) sind ab dem Tag der Geburt bis zur Volljährigkeit **automatisch** und **beitragsfrei** mitversichert

Etwa 1 Million Menschen erkranken in Deutschland jährlich schwer. Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall sind dabei am häufigsten. Eine sogenannte Dread-Disease-Versicherung sichert in diesem Fall viele Lebenssituationen finanziell ab: Ihr Ernstfallschutz

- ✓ Möglichkeit, die Rente bei bestimmten Ereignissen z. B. Geburt oder Existenzgründung ohne erneute Risikoprüfung zu erhöhen (bis Alter 50)
- ✓ Einmalige ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie ohne Risikoprüfung in den ersten 5 Jahren nach Versicherungsbeginn (bis Alter 40)
- ✓ Inklusive Zugang zu den besten Ärzten mit Spezialisten-Service BetterDoc: Die Spezialistensuche und der Facharzt-Terminservice unseres unabhängigen Partners BetterDoc bieten eine wertvolle Hilfe, um eine wirkungsvolle Behandlung, erfolgreiche Operation oder unabhängige Zweitmeinung zu erhalten
  - Während der gesamten Vertragslaufzeit unbegrenzt nutzbar – schnell, persönlich und wohnortnah

Better Doc

Versicherungsfall der Grundfähigkeitsversicherung

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die fachärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und dadurch voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen in einer der versicherten Grundfähigkeiten im versicherten Ausmaß beeinträchtigt ist oder bereits für mindestens 6 Monate ununterbrochen in einer der versicherten Grundfähigkeiten im versicherten Ausmaß beeinträchtigt gewesen ist.

Versicherte Grundfähigkeiten:

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

Ein Versicherungsfall liegt außerdem bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person vor, d.h. wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls gesundheitlich beeinträchtigt ist und voraussichtlich für mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist oder bereits für 6 Monate ununterbrochen so hilflos gewesen ist, dass sie für mindestens einen Punkt der nachfolgend genannten Alltagskompetenzen nach ADL-Score täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Alltagskompetenzen nach ADL-Score:

-Fortbewegen im Zimmer
-Aufstehen und Zubettgehen
-Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
-Verrichten der Notdurft

Ein Versicherungsfall liegt auch dann vor, wenn bei der versicherten Person für mindestens 6 Monate ununterbrochen ein Autonomieverlust wegen Demenz oder ein Pflegegrad größer gleich 2 nach §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SBG) XI in der Fassung vom 23.10.2020 vorliegt.

Ein Versicherungsfall ist außerdem das vollständige Tätigkeits- oder Beschäftigungsverbot nach dem Infektionsschutzgesetz (IfSG). Das bedeutet, dass eine auf dem IfSG beruhende behördliche Anordnung es der versicherten Person wegen einer Infektion voraussichtlich mindestens für 6 Monate verbietet oder bereits mindestens für 6 Monate verboten hat, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben (vollständiges Tätigkeits-/Beschäftigungsverbot). Die Leistungsdauer ist in diesem Fall auf maximal 24 Monate begrenzt.

Zusatzbaustein Büro

Der Zusatzbaustein enthält die Grundfähigkeiten:
- Bildschirmarbeit
- Touchscreen
- Tastatur
- Schreiben

Zusatzbaustein Körperliche Arbeit

Der Zusatzbaustein enthält die Grundfähigkeiten:
- Heben, Tragen und Beugen
- Knien und Bücken
- Ziehen und Schieben
- Sich erheben

Zusatzbaustein Mobilität

Der Zusatzbaustein enthält:
- ÖPNV und Fernverkehr
- Radfahren
- Ein- und Aussteigen aus PKW

und den Verlust der Fahrerlaubnis:
- Auto-/Motorradfahren, Land- und Forstmaschinenfahren (Fahrerlaubnis der Klassen: A, B, L, T)

Zusatzbaustein Psyche

Ein Versicherungsfall ist die volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung. Das bedeutet, dass die versicherte Person aufgrund einer psychischen Störung, die fachärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich mindestens 12 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage ist oder bereits für mindestens 12 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage gewesen ist, 3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben.
Versichert sind Störungen 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) mit Ausnahme von den Diagnosen F10 - F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen) und F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen).

Diese Aufstellung stellt nur eine Zusammenfassung dar. Nähere Einzelheiten, insbesondere zu den versicherten Fähigkeiten können Sie den Allgemeinen Bedingungen entnehmen.

Nachversicherung

Ereignisunabhängige Option auf Erhöhung der Grundfähigkeitsrente ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer Annahmerichtlinien (um maximal 50%, bis maximal 3.000 EUR gesamte monatliche Grundfähigkeitsrente) innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn. Die versicherte Person darf zum Zeitpunkt der Erhöhung das 40. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Weitere Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Ereignisabhängige Option auf Erhöhung der Leistungen ohne Risikoprüfung im Rahmen unserer Annahmerichtlinien innerhalb einer Frist von zwölf Monaten (um maximal 50%, bis maximal 3.000 EUR gesamte monatliche Grundfähigkeitsrente) bei den die versicherte Person betreffenden Ereignissen

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

Die versicherte Person darf zum Zeitpunkt der Erhöhung das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Weitere Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Upgrade-Option

Einschluss von Zusatzbausteinen
Sie haben innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, den Leistungsumfang Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zu erweitern. Die Änderung wird frühestens nach 6 Monaten wirksam.
Eine erneute Erweiterung des Versicherungsschutzes oder eine Erweiterung 5 Jahre nach Versicherungsbeginn ist von einer erneuten Risikoprüfung abhängig.

Ausschluss von Zusatzbausteinen
Gewählte Zusatzbausteine können nachträglich (wieder) ausgeschlossen werden. Die Änderung wird zum nächsten Monatsersten nach Beantragung wirksam.

Weitere Voraussetzungen und Regelungen zur Upgrade-Option entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

Verlängerungsgarantie

Sollte die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung erhöht werden, können Sie Ihren Vertrag um diese Zeitspanne verlängern. Gleiches gilt, wenn Sie Mitglied eines berufsständischen Versorgungswerkes sind und dieses die Altersgrenze erhöht. Die Restlaufzeit des Vertrags muss nach Verlängerung noch mindestens 15 Jahre betragen. Weitere Voraussetzungen entnehmen Sie bitte den Versicherungsbedingungen.

NÜRNBERGER ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung:

Wer ist Nichtraucher/Raucher?

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

Verzeichnis der versicherten schweren Erkrankungen und sonstigen Leistungsauslöser

Es besteht Versicherungsschutz für die im Folgenden aufgeführten 55 schweren Erkrankungen und sonstigen Leistungsauslöser:

I. Gut- und bösartige Tumore

1. Gutartiger Hirntumor
2. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
3. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für Teilsumme

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

4. Angioplastie
5. Bypass-Operation
6. Erste Operation an den Herzklappen
7. Konstriktive Perikarditis
8. Kardiomyopathie
9. Herzinfarkt - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
10. Herzinfarkt - Voraussetzungen für Teilsumme
11. Herztransplantation
12. Offene Operation an der Körperschlagader (Aorta)
13. Operiertes Gehirnaneurysma
14. Schlaganfall- Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
15. Schlaganfall- Voraussetzungen für Teilsumme

III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

16. Ausfall der Bauchspeicheldrüsenfunktion
17. Fortgeschrittenes Rheuma (rheumatoide Arthritis)
18. Schwere Erkrankung der Lunge
19. Schwere Leberfunktionsstörung
20. Schweres dialysepflichtiges Nierenversagen
21. Systemischer Lupus erythematodes
22. Organtransplantation (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse)

IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

23. Akute bakterielle Meningitis
24. Alzheimer-Erkrankung vor dem 67. Geburtstag
25. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)
26. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK)
27. Familiäre Motoneuronerkrankung (MND)
28. Kinderlähmung
29. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
30. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für Teilsumme
31. Multisystematrophie (MSA)
32. Muskeldystrophie
33. Offene Operation im Gehirn
34. Parkinson-Krankheit
35. Progressive supranukleäre Blickparese
36. Primäre Lateralsklerose (PLS)
37. Progressive Bulbärparalyse
38. Progressive spinale Muskelatrophie
39. Querschnittslähmung
40. Schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems vor dem 67. Geburtstag, insbesondere eine virale oder bakterielle Enzephalitis (z. B. ausgelöst durch FSME-Viren, Herpes-Viren) und Meningoenzephalitis (z. B. ausgelöst durch Meningokokken, Pneumokokken, Listerien, Tuberkuloseerreger)

V. Verletzungen

41. Amputation eines Armes oder Beines
42. Funktionsausfall oder Verlust eines Armes oder Beines
43. Schwere Verbrennung, Verätzung, Erfrierung
44. Schwere Verletzung des Kopfes und des Gehirns
45. Verlust von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls

VI. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Infektionen

46. Aplastische Anämie
47. Fortgeschrittene Hepatitis C durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
48. Fortgeschrittene Hepatitis C und/oder HIV-Infektion durch Transfusion von Blutprodukten
49. HIV-Infektion durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
50. Knochenmarktransplantation

VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

51. Koma
52. Pflegebedürftigkeit 15.- 67. Geburtstag
53. Verlust der Sprache
54. Verlust des Hörens (Taubheit)
55. Verlust des Sehens (Blindheit)

Diese Aufstellung stellt nur eine Zusammenfassung dar. Die ausführliche Definition der versicherten Leistungsauslöser können Sie der Anlage SEL entnehmen.

Leistungsmerkmale der NÜRNBERGER ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung

Die garantierte Kapitalauszahlung (Versicherungssumme) aus Zusatztarif NESZ wird fällig, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer von Zusatztarif NESZ eine der versicherten schweren Erkrankungen im Sinne der Anlage SEL erleidet und einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen (Karenzzeit) seit dem Eintritt aller in der Anlage SEL genannten Leistungsvoraussetzungen überlebt. Mit dem Ablauf der Karenzzeit endet die Zusatzversicherung NESZ (wird also nur einmal fällig).

Weitere Leistungsmerkmale sind:

Teilsumme:
Bei invasiv wachsendem Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Multipler Sklerose besteht die Möglichkeit, unter den in der Anlage SEL jeweils genannten erleichterten Voraussetzungen eine Teilsumme aus Zusatztarif NESZ abzurufen. Hierbei müssen neben der Diagnose nicht alle für die volle Versicherungssumme maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Die Teilsumme beträgt 50 % der Versicherungssumme von Zusatztarif NESZ, maximal 25.000,-- EUR. Der Vertrag läuft dann mit einem entsprechend verringerten Versicherungsschutz weiter, d. h. eine Teilleistung wird bei einem späteren Versicherungsfall "schwere Erkrankung" auf die Versicherungssumme von Zusatztarif NESZ angerechnet. Es kann insgesamt nur einmal eine Teilsumme beansprucht werden. Bestehen mehrere Verträge für die versicherte Person, ist die Summe der Teilleistungen aus allen Verträgen auf 25.000 EUR begrenzt.

Mitversicherung von minderjährigen Kindern:
Minderjährige Kinder der versicherten Person sind nach einer Wartezeit von 6 Monaten automatisch mitversichert.
Die Versicherungssumme aus Zusatztarif NESZ für ein mitversichertes Kind beträgt 50 % der für die versicherte Person aktuellen Versicherungssumme, maximal 35.000 EUR.
Wird eine Leistung für ein mitversichertes Kind fällig, ist ab diesem Zeitpunkt das Kind nicht mehr mitversichert.
Die Summe aller aufgrund schwerer Erkrankungen erbrachten Leistungen für mitversicherte Kinder beträgt maximal 50 % der für die versicherte Person aktuellen Versicherungssumme.

Nachversicherungsgarantien:
Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie:
Solange die versicherte Person das 46. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, hat der Versicherungsnehmer eine Option auf Leistungserhöhung für Zusatztarif NESZ ohne Gesundheitsprüfung innerhalb einer Frist von zwölf Monaten (um maximal 50 %, bis maximal 200.000 EUR Versicherungssumme) bei den die versicherte Person betreffenden Ereignissen

- Heirat bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft nach dem LPartG;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes;
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf) in den ersten zehn Jahren der Versicherungsdauer;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation, verbunden mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens;
- 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);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienerwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung
- bei Selbstständigen und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie:
Der Versicherungsnehmer hat ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 3 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, die Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung um maximal 50 % der zuletzt geltenden Versicherungssumme zu erhöhen, höchstens aber auf eine Versicherungssumme von 200.000,00 EUR. Das Recht besteht nicht, wenn die Versicherung mit vereinfachter oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist.
Die Erweiterung der Leistung muss mindestens 6 Monate vorher bei uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden.

Weitere Voraussetzungen für beide Nachversicherungsgarantien:
Zum Zeitpunkt der Optionsausübung darf noch kein Leistungsfall für die versicherte Person aus Zusatztarif NESZ eingetreten sein. Nach erfolgter Leistungserhöhung darf die gesamte Versicherungssumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen (Zusatz-)Versicherungen mit Absicherung von schweren Krankheiten (auch bei anderen Gesellschaften) das Siebenfache des Jahresbruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen.

Details zu den versicherten Leistungen und den Nachversicherungsgarantien regeln die Allgemeinen Bedingungen für die NÜRNBERGER ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung.

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

LV000_200_202207

§ 1 Wann besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag des Eingangs Ihres Antrags auf Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung bei unserer Geschäftsstelle, mittags um 12 Uhr, wenn sämtliche nachstehende Bedingungen erfüllt sind:

a) Zwischen dem Tag Ihrer Unterschrift auf dem Antrag *(wenn Sie einen Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags stellen)* bzw. auf Ihrer Annahmeerklärung *(wenn wir Ihnen einen Antrag unterbreitet haben)* und dem beantragten Versicherungsbeginn liegen nicht mehr als 2 Monate.

b) Uns ist eine Ermächtigung zum SEPA-Lastschrifteinzug erteilt oder uns liegt ein „Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber“ vor.

c) Ihr Antrag bzw. Ihre Annahmeerklärung ist nicht von einer besonderen Voraussetzung abhängig.

d) Ihr Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags kann zu einem unserer gültigen Tarife mit den dazugehörigen Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien angenommen werden.

e) Die versicherte Person ist am Tag der Antragstellung bzw. der Annahmeerklärung noch nicht 70 Jahre alt.

§ 2 Was ist vom vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz entfällt,

a) wenn dem Antragsteller bzw. der/den versicherten Person(en) Krankheiten, gesundheitliche Störungen oder Beschwerden *(gefahrerhebliche Umstände gemäß § 19 VVG)* bei Antragstellung bzw. bis zur Abgabe der Annahmeerklärung bekannt waren und diese für den Versicherungsfall ursächlich sind.

   Dies gilt jedoch nur für solche gefahrerheblichen Umstände, nach denen im Antrag zu der gewünschten Versicherung gefragt wird – unabhängig davon, ob sie im Antrag angegeben sind – und die nach unseren Risikoprüfungs- und Annahmerichtlinien zu einer Ablehnung oder insoweit zu einem Ausschluss vom Versicherungsschutz geführt hätten.

b) bei Selbsttötung der versicherten Person außer uns wird nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

c) wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen steht, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

d) wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

(2) Für selbstständige Risikoversicherungen mit Absicherung von Tod und schweren Erkrankungen *(NES-Tarife)*, für die Risiko-Zusatzversicherung mit Absicherung von schweren Erkrankungen *(NESZ-Tarif)*, für die zusätzliche Absicherung von schweren Erkrankungen *(Ernstfallschutz Kids)* sowie den Versorger-Schutz im Rahmen der Kindervorsorge und Bestattungsvorsorge besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz.

§ 3 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz

a) mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus der beantragten Versicherung;

b) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags abgelehnt haben;

c) wenn Sie Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angefochten oder zurückgenommen oder von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch gemacht haben;

d) wenn Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;

e) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags nicht innerhalb der vereinbarten Annahmefrist von 6 Wochen ab Antragstellung angenommen haben. Es sei denn, die Vertragsverhandlungen mit Ihnen dauern auch nach Ablauf der Annahmefrist noch an;

f) wenn Sie unseren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags nicht innerhalb der vereinbarten Annahmefrist von 6 Wochen ab Antragstellung angenommen haben;

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

g) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags nur zu geänderten Bedingungen annehmen können und Ihnen der von uns an Sie gerichtete neue, mit den erforderlichen Änderungen versehene Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags zugeht.

   Mit dem Tag des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung zu unserem neuen Antrag bei unserer Geschäftsstelle lebt der vorläufige Versicherungsschutz wieder auf, soweit die Voraussetzungen nach § 1 erfüllt sind;

h) mit erfolglosem Einzugsversuch zum Einlösungsbeitrag, bei Widerspruch gegen den Beitragseinzug oder der völligen oder teilweisen Verweigerung der Zahlung vermögenswirksamer Leistungen durch Ihren Arbeitgeber.

§ 4 Welche Leistungen sind versichert und wer erhält sie?

Versichert sind grundsätzlich nur solche Leistungen, die gemäß dem vorliegenden Antrag versichert werden sollen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für die beantragte Versicherung maßgebenden Versicherungsbedingungen Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

Im Einzelnen gilt Folgendes:

a) Versichert sind nur die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehenen Leistungen.

b) Bei Rentenversicherungen – mit Ausnahme von Comfort-(Fondsgebundenen) Rentenversicherungen – sind nur Leistungen für beantragte Zusatzversicherungen versichert.

c) Für einen Todesfall ist die Versicherungsleistung unabhängig vom Leistungsgrund beschränkt auf insgesamt höchstens 100.000 EUR, auch wenn höhere Leistungen beantragt wurden. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person gestellt worden sind. Bei aufgeschobenen konventionellen Rentenversicherungen mit Hinterbliebenenrente wird bei Tod der hauptversicherten Person das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der fälligen Hinterbliebenenrente als Todesfallleistung angesetzt.

d) Rentenleistungen bei einer Berufs-/Dienst-/Schulunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung, sind beschränkt auf insgesamt 12.000 EUR jährlich. Garantierte Rentensteigerungen nach Leistungsbeginn sind nicht versichert.

e) Eine Beitragsbefreiung für den zustande gekommenen Versicherungsvertrag bei Berufs-/Dienst- bzw. Schulunfähigkeit ist jeweils beschränkt auf den Tarifbeitrag für 100.000 EUR, und zwar bei einer

   - Lebensversicherung für eine Versicherungssumme
   - Rentenversicherung für eine Kapitalabfindung zum Rentenzahlungsbeginn
   - Fondsgebundenen Lebensversicherung oder Comfort-Fondsgebundenen Rentenversicherung für eine Mindest-Todesfallsumme
   - sonstigen Fondsgebundenen Rentenversicherung für eine Beitragssumme

   jeweils in dieser Höhe.

f) Beitragsfreie planmäßige Erhöhungen der Hauptversicherung bei Berufs-/Dienst- bzw. Schulunfähigkeit, sind nicht versichert.

g) Leistungsgrenzen nach c), d) und e) werden durch mehrere auf die gleiche versicherte(n) Person(en) lautende Anträge nicht erhöht.

h) Für die beantragte Versicherung sind die im Antrag vorgegebenen Bezugsrechte maßgebend.

i) Jegliche Überschussbeteiligung entfällt.

j) Sofern uns ein Versicherungsfall aus der Berufs-/Dienst-/Schulunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung nicht innerhalb von 3 Monaten seit dessen Eintritt angezeigt wird, sind wir leistungsfrei.

§ 5 Welche Kosten entstehen Ihnen?

Außer dem Beitrag für die beantragte Versicherung verlangen wir keine Zahlung. Werden Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz fällig, so verrechnen wir ein Entgelt in Höhe des 1. Jahresbeitrags der beantragten Versicherung, im Fall einer Versicherung gegen Einmalbeitrag in Höhe des einmaligen Beitrags. Das Entgelt ist jedoch auf den Tarifbeitrag für die Höchstsummen nach § 4 c), d) und e) begrenzt.

Grundfähigkeitsversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (GN319020_202107)

Unternehmen: NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Produkt: NGF3120

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (zum Beispiel Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Grundfähigkeitsversicherung.

Was ist versichert?

Monatliche Rente

Bei Eintritt eines der folgenden Versicherungsfälle zahlen wir für die Dauer der Beeinträchtigung die vereinbarte monatliche Rente.

Ein Versicherungsfall liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers bzw. Kräfteverfalls gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- ✔ dadurch für mindestens 6 Monate ununterbrochen in einer der **versicherten Grundfähigkeiten beeinträchtigt** ist.

  Die versicherten Grundfähigkeiten umfassen: „Sehen“, „Hören“, „Sprechen“, „Gebrauch einer Hand“, „Fingerfertigkeit“, „Greifen und Halten“, „Gebrauch eines Armes“, „Treppen steigen“, „Gehen“, „Stehen“, „Sitzen“, „Gleichgewichtssinn“, „Gesetzliche Betreuung“, „Intellekt“ sowie „Orientierung“.
- ✔ dadurch für mindestens 6 Monate **Pflegebedürftigkeit** gemäß den Versicherungsbedingungen oder ein **Autonomieverlust wegen Demenz** vorliegt.

Zeitlich befristete Rente

- ✔ **Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz:**

  Ein Versicherungsfall tritt ein, wenn es der versicherten Person aufgrund einer auf dem IfSG beruhenden Anordnung wegen einer bei ihr diagnostizierten Infektion (Infektion, Krankheit, Ausscheidung), eines entsprechenden Verdachts oder einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr verboten ist, ihre berufliche Tätigkeit auszuüben und das Verbot für mindestens 6 Monate andauert. In diesem Fall erbringen wir für maximal 24 Monate die vereinbarte monatliche Rente.

Sie können Ihren Versicherungsschutz von Beginn an oder während der Laufzeit durch Zusatzbausteine um weitere versicherte Grundfähigkeiten, um eine lebenslange Pflegerente sowie um Leistungen bei Verlust der Fahrerlaubnis, bei voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung und bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit erweitern.

Für den Zeitraum, in dem Sie eine Rente erhalten, brauchen Sie keine Beiträge zahlen.

Was ist nicht versichert?

- ✘ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.
- ✘ Bei Tod wird keine Leistung fällig.

Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie beim Antrag falsche oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Zudem kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein. Dazu zählt zum Beispiel, wenn der Versicherungsfall auf den folgenden Umständen beruht:

- ! Vorsätzliche Ausführung oder Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.
- ! Absichtliche Herbeiführung des Leistungsfalls.
- ! Innere Unruhen oder kriegerische Ereignisse.
- ! Einsatz oder Freisetzen von ABC-Waffen bzw. -Stoffen.
- ! Psychische Ursachen (mit Ausnahme der Grundfähigkeiten „Gesetzliche Betreuung“, „Intellekt“ und „Orientierung“ sowie bei Pflegebedürftigkeit und den optionalen Zusatzbausteinen volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung und vorübergehende Arbeitsunfähigkeit).
- ! Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum (bei den Grundfähigkeiten „Gleichgewichtssinn“, „Gesetzliche Betreuung“, „Intellekt“, „Orientierung“ sowie bei Pflegebedürftigkeit und Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz).

Ist Ihr Versicherungsschutz durch optionale Zusatzbausteine erweitert, können weitere Deckungsbeschränkungen bestehen. Beispielsweise gilt bei:

- ! voller Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung: kein Versicherungsschutz bei Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum, bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und bei schädlichem Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen.
- ! Fahrerlaubnisverlust: kein Versicherungsschutz bei Alkoholkonsum oder Drogenkonsum.

Bitte beachten Sie, dass die Begriffe „Grundfähigkeit“, „Pflegebedürftigkeit“, „Erwerbsminderung“ und „Arbeitsunfähigkeit“ in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung einen abweichenden Inhalt haben.

Wir erbringen unsere Leistungen längstens bis zum Ablauf der Versicherungsdauer, den Sie dem Versicherungsschein entnehmen können.

! ÖPNV und Fernverkehr: kein Versicherungsschutz bei Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum.

Eine zeitlich befristete Rente infolge eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz kann nur einmalig in Anspruch genommen werden, selbst wenn die Leistungsdauer von 24 Monaten noch nicht ausgeschöpft ist.

Wo bin ich versichert?

✔ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.

Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrages (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen die Beeinträchtigung der Grundfähigkeit fachärztlich nachweisen. Die versicherte Person muss sich gegebenenfalls von weiteren Ärzten untersuchen lassen.
- Bei Pflegebedürftigkeit bzw. bei Autonomieverlust wegen Demenz müssen Sie ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler sowie eine Bescheinigung der mit der Pflege betrauten Einrichtung über Art und Umfang der Pflege einreichen.
- Bei einem Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz müssen Sie die durch einen medizinischen Dienstleister erstellte Diagnose der Infektion und die darauffolgende Anordnung nach dem Infektionsschutzgesetz zur Verfügung stellen.
- Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt.
- Ist Ihr Versicherungsschutz durch Zusatzbausteine erweitert, können sich aus diesen Zusatzbausteinen weitere Verpflichtungen ergeben.

Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Vertragsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) müssen Sie je nach vereinbarter Zahlweise (jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich), jeweils im Voraus zahlen. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.

Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Sie sind versichert, wenn der Versicherungsfall bis zum vereinbarten Ablauftermin der Versicherungsdauer eintritt. Den Beginn- und den Ablauftermin Ihrer Versicherung können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bis zur nächsten Beitragsfälligkeit) in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) kündigen. Bei Kündigung erlischt der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts.

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Lebensversicherung AG

Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Grundfähigkeitsversicherung
(GN311010_202201)

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

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

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

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

§ 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

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

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

§ 12 Wer erhält die Leistung?

Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn

§ 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

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

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

Kosten

§ 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt für unsere Kapitalanlage?

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

§ 23 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

§ 25 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Begriffsbestimmungen

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

Einführung

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

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

Beinhaltet ist immer Versicherungsschutz im Umfang des

Kompakt-Schutzes:

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

sowie

· Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz

Diesen Schutz können Sie mit folgenden optionalen Zusatzbausteinen passend erweitern:

Zusatzbaustein Büro - optional

· Schreiben
· Bildschirmarbeit
· Tastatur bedienen
· Touchscreen

Zusatzbaustein Körperliche Arbeit - optional

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

Zusatzbaustein Mobilität - optional

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

Zusatzbaustein Berufsfahrer - optional
aufpreispflichtige Sonder-Klausel, NICHT Gegenstand dieses Angebots!
· Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D
· Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung

Zusatzbaustein Psyche - optional

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

Zusatzbaustein Arbeitsunfähigkeit - optional
aufpreispflichtige Sonder-Klausel, NICHT Gegenstand dieses Angebots!
· Leistung bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit

Zusatzbaustein Pflege - optional

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

Die optionalen Zusatzbausteine können Sie sowohl bei Vertragsabschluss als auch während der Vertragslaufzeit unabhängig voneinander zum Kompakt-Schutz hinzuwählen.
Zudem können Sie bei Vertragsabschluss vereinbarte oder später hinzugewählte Zusatzbausteine während der Vertragslaufzeit ausschließen.

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Modularer Versicherungsschutz

Im Versicherungsumfang immer enthalten:

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

Je nach dem von Ihnen gewählten Umfang ist zusätzlich versichert:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Bei unseren Rentenleistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit entspricht die Leistungsdauer jeweils der Versicherungsdauer (siehe Absätze 5 bis 8). Bei Rentenleistungen wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz (siehe Absätze 9 bis 12) oder wegen vorübergehender Arbeitsunfähgkeit (siehe Absätze 13 bis 16) ist die Leistungsdauer dagegen auf maximal 24 Monate begrenzt. Bei der zusätzlichen lebenslangen Pflegerente geht die Leistungsdauer über die Versicherungsdauer hinaus (siehe Absätze 17 bis 20).

Versicherungsschutz

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

(2) Wird ein "Tätigkeitsverbot nach Infektionsschutzgesetz" nach § 2 Absatz 1 Buchstabe q während der Versicherungsdauer angeordnet, erbringen wir mit einer begrenzten Dauer von maximal 24 Monaten Leistungen nach Maßgabe der Absätze 9 bis 12.

Voraussetzung ist,

· dass die versicherte Person nicht in einer versicherten Grundfähigkeit nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a bis p und r bis y und § 2 Absätze 2 bis 4 beeinträchtigt ist;
· dass bei der versicherten Person durch einen medizinischen Dienstleister (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt) erstmalig während der Versicherungsdauer die Diagnose der Infektion (Infektion, Erkrankung, Ausscheidung) gestellt oder ein entsprechender Verdacht festgestellt wird und die darauffolgende behördliche Anordnung nach dem Infektionsschutzgesetz ebenfalls während der Versicherungsdauer erlassen wird. Unschädlich sind vorausgegangene Diagnosen in Bezug auf vollständig ausgeheilte Infektionen.

Zusatzbaustein "Arbeitsunfähigkeit" - optional
aufpreispflichtige Sonder-Klausel, NICHT Gegenstand dieses Angebots!

(3) Haben Sie mit uns den Zusatzbaustein "Arbeitsunfähigkeit" vereinbart oder nachträglich eingeschlossen und tritt während der Versicherungsdauer ein Versicherungsfall nach § 2 Absätze 5 und 6 ein, erbringen wir Leistungen nach Maßgabe der Absätze 13 bis 16.

Voraussetzung ist,

· dass die versicherte Person nicht in einer versicherten Grundfähigkeit nach § 2 Absatz 1 Buchstaben a bis y und § 2 Absätze 2 bis 4 beeinträchtigt ist;
· dass kein Versicherungsfall aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz (§ 2 Absatz 1 Buchstabe q) besteht;
· dass die Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer eintritt.

Zusatzbaustein "Pflege" - optional

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

Unsere Versicherungsleistungen

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

(5) Leistungen

· Wir zahlen die vereinbarte Rente, längstens für die Versicherungsdauer.
  Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Rentenzahlung nach dem Eintritt des Versicherungsfalls bis zu dessen Ende garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Mit dem Ende des Versicherungsfalls wird die Erhöhung auf null gesetzt. Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls beginnt die Rentenzahlung also

wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalls um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus dem ersten Versicherungsfall erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.
· Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeitsversicherung (inklusive aller vereinbarten Zusatzbausteine) sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die jeweilige Beitragszahlungsdauer.

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

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

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

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

(8) Tritt ein Versicherungsfall erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer ein, besteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung.
Für nach Ablauf der Versicherungsdauer eintretende Fälle der Pflegebedürftigkeit haben Sie, wenn der Zusatzbaustein Pflege vereinbart ist, die Möglichkeit zum Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung. Vergleichen Sie hierzu Absatz 20 sowie § 2 Absatz 8.

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

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

(9) Leistungen

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

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

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

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

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

b) Sobald wir Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbringen, stellen wir unsere Leistungen wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz ein. Wurde von uns ein Anspruch auf Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit rückwirkend anerkannt, werden etwaige im maßgeblichen Zeitraum wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz erbrachte Leistungen mit dem An-

spruch verrechnet; wir behandeln die Leistungen des maßgeblichen Zeitraums dann rückwirkend als solche wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit, das heißt diese Monate werden nicht auf die maximale Leistungsdauer von 24 Monatsrenten wegen Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz angerechnet.

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

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

(13) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer

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

erbringen wir folgende Leistungen:

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

Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrmals 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, ist die Leistungsdauer für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeitszeiten zusammen auf 24 Monate beschränkt.

(14) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht

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

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

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

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

Unsere Versicherungsleistungen des Zusatzbausteins Pflege

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

(17) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig (siehe § 2 Absatz 7), zahlen wir zusätzlich zur Grundfähigkeitsrente nach Absatz 5 die

vereinbarte lebenslange Pflegerente und diese auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person.
Diese lebenslange Pflegerente wird in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheins als "lebenslange monatliche Pflegerente" bezeichnet. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Pflegerentenzahlung um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Die Erhöhung der Pflegerentenzahlung erfolgt nach dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit bis zu deren Ende, auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person, garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres.
Mit dem Ende der Pflegebedürftigkeit wird die Erhöhung auf Null gesetzt. Bei Eintritt einer erneuten Pflegebedürftigkeit beginnt die Rentenzahlung also wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet die Pflegebedürftigkeit und tritt innerhalb von 24 Monaten eine erneute Pflegebedürftigkeit aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus der ersten Pflegebedürftigkeit erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.

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

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

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

(20) Wird die versicherte Person erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer pflegebedürftig, besteht kein Anspruch auf die lebenslange Pflegerente. Für nach Ablauf der Versicherungsdauer eintretende Fälle der Pflegebedürftigkeit benötigen Sie eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung, die Sie unter den in § 2 Absatz 8 näher genannten Voraussetzungen innerhalb der letzten 3 Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer ohne erneute Gesundheitsprüfung abschließen können. Der Abschluss der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ist prinzipiell auch dann noch möglich, wenn wir bereits Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit oder vorübergehender Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, aber noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit.
Bitte beachten Sie in Ihrem eigenen Interesse die Antragsfrist und tragen Sie dafür Sorge, dass uns Ihr Antrag rechtzeitig vor Ablauf der Versicherungsdauer in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugeht.

Keine Leistung bei Tod (allenfalls Überschüsse)

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

Sonstige Regelungen für alle Leistungen

(22) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

Diese primäre Risikobegrenzung gilt dagegen nicht für

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

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

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

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

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

(27) Ein entstandener Anspruch wird in der Regel erst fällig, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (siehe § 7 Absätze 3 bis 6) erfüllt haben und wir daraufhin unsere Erhebungen abschließen konnten (siehe § 7 Absatz 7). Wir entscheiden dann über die Leistungspflicht. Bis zu dieser Entscheidung müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bezahlen; wir werden sie jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.
Sie können in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet werden. Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind gestundete Beiträge unverzinst nachzuzahlen, entweder

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

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

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

Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit

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

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

In beiden Fällen leisten wir rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist. Abweichend davon gilt für den Zusatzbaustein "Psyche" eine 12-Monats-Frist (siehe Absatz 4).
Wann eine bedingungsgemäße Beeinträchtigung vorliegt, beschreiben wir Ihnen in den Absätzen 1 bis 4.
Der Beginn der Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Die Frist beginnt

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

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

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

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die entsprechende Grundfähigkeit bei der versicherten Person zu dem in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn vorhanden war. Hiervon abweichend gilt für Kinder ab dem 5. Geburtstag bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres:
Soweit die entsprechende Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn altersbedingt noch nicht vorhanden war, liegt ein Verlust der Grundfähigkeit auch dann vor, wenn sie vor Eintritt des Versicherungsfalls erworben wurde. Ein Versicherungsfall liegt ebenso vor, wenn eine versicherte Grundfähigkeit aufgrund einer Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls nicht erlernt oder entwickelt werden kann. Maßgeblich für den Eintritt des Versicherungsfalls ist die Stellung der Diagnose durch einen Facharzt. Unabhängig davon tritt unsere Leistungspflicht für Leistungsfälle nach Absatz 1 Buchstabe r und Absatz 2 Buchstabe a erst nach Erreichen des jeweiligen Mindestalters ein. Die zugrundeliegende Erkrankung oder die Diagnose einer Entwicklungsstörung muss während der Vertragslaufzeit erstmalig eintreten bzw. erstmalig gestellt werden.
Die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit darf nicht durch geeignete und zumutbare Hilfsmittel des täglichen Lebens (z. B. Seh- und Hörhilfe, orthopädische Hilfsmittel) so zu verbessern sein, dass keine Beeinträchtigung nach diesen Bedingungen mehr vorliegt. Zu Operationen ist die versicherte Person nicht verpflichtet. Außerdem muss die Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit durch den Befund eines entsprechenden Facharztes nachgewiesen werden.

Im Folgenden wird beschrieben, wann eine Beeinträchtigung nach diesen Bedingungen vorliegt. Bitte beachten Sie, dass die Definitionen abschließend zu verstehen sind und nicht beispielhaft.

(1) Kompakt-Schutz

a) Sehen
Die Sehfähigkeit der versicherten Person ist auf beiden Augen stark eingeschränkt. Das bedeutet, dass auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfsmittel (z. B. Brille, Kontaktlinsen) 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 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 2 kHz vorliegt, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB aufweist.

c) Sprechen
Die Sprache der versicherten Person ist stark beeinträchtigt, nachdem der Spracherwerb phonetisch-phonologisch, morphologisch-syntaktisch sowie semantisch-lexikalisch zuvor bereits abgeschlossen war. Das bedeutet, dass sich die versicherte Person nicht mehr mit einfachen Sätzen 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) Gebrauch einer Hand
Die Fähigkeit der versicherten Person, eine Hand zu gebrauchen, ist zumindest an einer ihrer beiden Hände stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie mit der linken oder mit der rechten Hand

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

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

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

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

g) Gebrauch eines Armes (Tätigkeiten auf Schulter- bzw. Brusthöhe)
Die Fähigkeit der versicherten Person, einen Arm zu gebrauchen, ist zumindest an einem ihrer beiden Arme stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie mit dem linken oder dem rechten Arm nicht mehr in der Lage ist,

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

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

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

j) Stehen
Die Fähigkeit der versicherten Person, zu stehen, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass die versicherte Person auch bei Verwendung geeigneter und zumutbarer Hilfs-

mittel (z. B. Prothesen, Orthesen, Stützbandagen; nicht aber mitgeführte Geräte wie Unterarm-Gehstützen) nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten durchgehend frei auf ebenem, festem Boden stehen zu bleiben.

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

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

m) Gesetzliche Betreuung
Die psycho-intellektuelle Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist so stark beeinträchtigt, dass ihr kein ausreichend eigenverantwortliches Handeln mehr möglich ist. Das bedeutet, dass ein deutsches Gericht anhand eines psychiatrischen Gutachtens nach deutschem Recht entscheidet, dass die versicherte Person aufgrund einer Einschränkung ihrer psycho-intellektuellen Leistungsfähigkeit gesetzlich betreut werden muss. Sowohl die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit als auch die Anordnung der gesetzlichen Betreuung müssen innerhalb der Versicherungsdauer beginnen und ununterbrochen mindestens für 6 Monate vorliegen.
Hat die versicherte Person ihren regelmäßigen Wohnsitz im Ausland und wird die gesetzliche Betreuung deswegen von einem ausländischen Gericht angeordnet, besteht Versicherungsschutz dann, wenn der zugrunde liegende Sachverhalt in Deutschland zu der entsprechenden Anordnung eines deutschen Gerichts nach deutschem Recht geführt hätte.
Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).

n) Intellekt
In Bezug auf

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

ist die geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person schwer gestört (z. B. durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose). Das bedeutet, dass die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. die Organisation oder Strukturierung des eigenen Tagesablaufs) auszuführen.
Die Erkrankung/Verletzung des zentralen Nervensystems ist durch einen Neurologen, Psychiater oder Nervenarzt festzustellen. Von diesem ist mittels eines üblicherweise standardisierten Tests zu zeigen, dass die versicherte Person in Bezug auf die bei ihr gestörte Fähigkeit (Auffassungsgabe bzw. Konzentration/Aufmerksamkeit bzw. Gedächtnis bzw. Handlungsplanung bzw. Orientierung) zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehört. Es kommen je nach gestörter Fähigkeit z. B. folgende Tests in Betracht:

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

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

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

cherte Person in Bezug auf die Orientierung zu den schlechtesten 10 % der Durchschnittsbevölkerung gehört. Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).

p) Pflegebedürftigkeit
Versicherungsfall ist

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

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

Pflegebedürftigkeit nach ADL-Score

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

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

dass sie für mindestens 1 Punkt der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf, und zwar selbst bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel.
In beiden Fällen leisten wir rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist.
Der Beginn der Sechs-Monat-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Die Sechs-Monats-Frist beginnt, wenn die Pflegebedürftigkeit erstmals mit 1 Punkt der untenstehenden Punktetabelle bewertet werden kann.
Die Pflegebedürftigkeit darf nicht durch geeignete und zumutbare Hilfsmittel des täglichen Lebens (z. B. Gehhilfe) auf einen Grad zu verbessern sein, der nicht mehr den für die Einstufung des Pflegefalls erforderlichen Mindestgrad erreicht.
Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung muss 1 Punkt aus der nachstehenden Punktetabelle erfüllt sein:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

· **Fortbewegen im Zimmer** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer benötigt.

· **Aufstehen und Zubettgehen** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

· **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

· **Verrichten der Notdurft** 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

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

Pflegebedürftigkeit nach SGB

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

· Mobilität;
· kognitive und kommunikative Fähigkeiten;

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

Mit der Bewertungssystematik der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2020 sowie der dazugehörigen Anlagen 1 und 2 dieser Fassung wird für die versicherte Person der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.
Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn mindestens 27 Gesamtpunkte nach dieser Bewertungssystematik erreicht werden.

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

Autonomieverlust wegen Demenz

dd) Ein Versicherungsfall liegt außerdem auch dann von Beginn an vor, wenn bei der versicherten Person mindestens für 6 Monate ununterbrochen ein Autonomieverlust wegen Demenz vorliegt.
Der Autonomieverlust wegen Demenz ist ärztlich nachzuweisen und setzt voraus, dass die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung entweder

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

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten "mittelschwere Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.
Der Beginn der Sechs-Monats-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Die Sechs-Monats-Frist beginnt, wenn die Demenz erstmals zu dem versicherten Autonomieverlust führt.
Wir leisten rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist.

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

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

Das Verbot muss

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

Die Sechs-Monats-Frist beginnt mit dem ersten Tag der behördlichen Anordnung des Verbots.
Übt die versicherte Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls eine Tätigkeit im Ausland aus und wird das Tätigkeitsverbot deshalb von einer ausländischen Behörde verfügt, besteht Versicherungsschutz dann, wenn der zugrunde liegende Sachverhalt in Deutschland zu einem Tätigkeitsverbot nach IfSG geführt hätte.
Ihr Versicherungsschutz ist von vornherein begrenzt auf körperlich bedingte Versicherungsfälle (siehe § 1 Absatz 23). Ausgeschlossen sind außerdem alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).

Zusatzbaustein Büro - optional

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

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

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

u) Touchscreen
Die versicherte Person kann mit ihrer dominanten Schreibhand auf keinem handelsüblichen Touchscreen

(z. B. Smartphone, Tablet, etc.) 5 Wörter mit mindestens 5 Buchstaben innerhalb von 5 Minuten tippen.

Zusatzbaustein Körperliche Arbeit - optional

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

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

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

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

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

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

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

Zusatzbaustein Mobilität - optional

(2) a) Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L
Die versicherte Person hat aufgrund gesundheitlicher Beeinträchtigung die Fahrtauglichkeit für die Fahrerlaubnis der Klasse A, B, T oder L verloren 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 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) vom 13. Dezember 2010 die fehlende Fahrtauglichkeit

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

und der versicherten Person infolgedessen die Fahrerlaubnis der Klasse A, B, T oder L 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-Fahrerlaubnis einhergeht.
Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholkonsum oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).

b) Ein- und Aussteigen aus Pkw
Die versicherte Person kann aufgrund Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls nicht mehr in einen PKW ein- oder aussteigen.

Das bedeutet, dass die versicherte Person, nicht mehr in der Lage ist, ohne zumutbare Hilfsmittel, in keine der Türen vorne oder hinten, in einen PKW ein- und auszusteigen. Bei dem PKW muss es sich um eine handelsübliche PKW-Limousine mit einer Sitzhöhe von 50 - 70 cm handeln.
Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, bei denen der Verlust der Fähigkeit auf einer anderen Ursache als motorischen Einschränkungen basiert.

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

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

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

Ein Verlust der Fähigkeit zum Radfahren liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in der Lage ist, statt mit einem Zweirad, mit einem mehrspurigen Fahrrad zu fahren.
Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Fälle, bei denen der Verlust der Fähigkeit zum Fahrradfahren auf einer anderen Ursache als motorischen Einschränkungen basiert.

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

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

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

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

Zusatzbaustein Berufsfahrer - optional
aufpreispflichtige Sonder-Klausel, NICHT Gegenstand dieses Angebots!
(3) a) Fahrerlaubnisverlust Klasse C oder D (Lkw-/Busfahren)
Versicherungsfall ist der Verlust (Entziehung oder Versagung der beantragten Verlängerung) der Fahrerlaubnis der Klasse C oder D infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung der versicherten Person, welche diese Fahrerlaubnis für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt.
Das bedeutet, dass die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls gesundheitlich beeinträchtigt und ausschließlich deswegen nicht mehr in der Lage ist, einen Lastkraftwagen (Lkw) oder Bus zu führen, weswegen ein Gutachten entsprechend § 11 Fahrerlaubnis-Verordnung (FeV) vom 13. Dezember 2010 die fehlende Fahrtauglichkeit

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

und der versicherten Person infolgedessen die Fahrerlaubnis der Klasse C oder D nachweislich entzogen wird oder nicht wieder erteilt (verlängert) werden kann. Der Beginn der Sechs-Monats-Frist muss innerhalb der Versicherungsdauer liegen. Wir leisten rückwirkend ab Beginn der Sechs-Monats-Frist. Die Sechs-Monats-Frist beginnt mit dem Tag, für den das Gutachten erstmals die fehlende Fahrtauglichkeit aufgrund der gesundheitlichen Beeinträchtigung feststellt.
Unter der Klasse C verstehen wir alle Unterklassen, nämlich die Klassen C1, C1E, C und CE. Unter der Klasse D verstehen wir alle Unterklassen, nämlich die Klassen D1, D1E, D und DE.
Ihr Versicherungsschutz ist in diesem Zusatzbaustein von vornherein begrenzt auf körperlich bedingte Versicherungsfälle (siehe § 1 Absatz 23). Ausgeschlossen sind außerdem alle Fälle, die durch Alkoholkonsum oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).
Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fahrerlaubnis der Klasse C oder D für die Ausübung ihrer vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung).
"Überwiegend benötigt" bedeutet, dass es sich nach der konkreten Ausgestaltung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person bei dem Führen (Lenken) des Lkw/Busses nicht um eine abtrennbare Einzelverrichtung, sondern nach einer wertenden Gesamtbetrachtung um eine wesentliche, unverzichtbare und damit prägende Tätigkeit handelte. Diese musste als Teil eines einheitlichen Lebensvorgangs einen untrennbaren Teil der Gesamttätigkeit der versicherten Person darstellen. Ihr Wegfall muss sich so dominierend auswirken, dass die Gesamttätigkeit ohne die Fahrerlaubnis der Klasse C oder D nicht mehr mit einem sinnvollen (bzw. bei Arbeitnehmern dem arbeitsvertraglich geschuldeten) Arbeitsergebnis ausgeübt werden kann.
Konkrete Verweisbarkeit: Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende andere Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die in wirtschaftlicher Hinsicht (Vergütung) und sozialer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tä-

tigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte der Bundesgerichtshof nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.
Für Selbstständige und Gesellschafter gilt zusätzlich, dass ein Versicherungsfall nur dann vorliegt, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter nicht über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist und der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsbild verbleibt. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübbare Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse sowie der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen. Bei der Einkommensminderung ist der Gewinn vor Steuern maßgeblich. Wir verzichten darauf, bei Selbstständigen und Gesellschaftern die Zumutbarkeit einer Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn der Betrieb des Selbstständigen oder Gesellschafters weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt (es zählen nur aus- oder angelernte Angestellte; Praktikanten, Auszubildende und Werkstudenten berücksichtigen wir nicht).
Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

b) Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung
Versicherungsfall ist der Verlust der Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (Personenbeförderungsschein) infolge gesundheitlicher Beeinträchtigung der versicherten Person, welche diese für die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt.
Das bedeutet, dass die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, ausschließlich wegen körperlicher Ursachen die Eignung zur Fahrgastbeförderung verloren hat, weswegen ein Gutachten entsprechend § 11 Fahrerlaubnisverordnung (FeV) vom 13. Dezember 2010 die fehlende Fahrtauglichkeit

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

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

Ihr Versicherungsschutz ist in diesem Zusatzbaustein von vornherein begrenzt auf körperlich bedingte Versicherungsfälle (siehe § 1 Absatz 23). Ausgeschlossen sind außerdem alle Fälle, die durch Alkoholkonsum oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).
Weitere Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung (Personenbeförderungsschein) für die Ausübung ihrer vor Eintritt des Versicherungsfalls zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit überwiegend benötigt und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung).
"Überwiegend benötigt" bedeutet, dass es sich nach der konkreten Ausgestaltung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der versicherten Person bei der Fahrgastbeförderung nicht um eine abtrennbare Einzelverrichtung, sondern nach einer wertenden Gesamtbetrachtung um eine wesentliche, unverzichtbare und damit prägende Tätigkeit handelte. Diese musste als Teil eines einheitlichen Lebensvorgangs einen untrennbaren Teil der Gesamttätigkeit der versicherten Person darstellen. Ihr Wegfall muss sich so dominierend auswirken, dass die Gesamttätigkeit ohne die Fahrerlaubnis zur Fahrgastbeförderung nicht mehr mit einem sinnvollen (bzw. bei Arbeitnehmern dem arbeitsvertraglich geschuldeten) Arbeitsergebnis ausgeübt werden kann.
Konkrete Verweisbarkeit: Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende andere Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die in wirtschaftlicher Hinsicht (Vergütung) und sozialer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte der Bundesgerichtshof nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.
Für Selbstständige und Gesellschafter gilt zusätzlich, dass ein Versicherungsfall nur dann vorliegt, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter nicht über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist und der versicherten Person ein sinnvolles Tätigkeitsbild verbleibt. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübbare Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse sowie der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der

bisherigen Lebensstellung entsprechen. Bei der Einkommensminderung ist der Gewinn vor Steuern maßgeblich. Wir verzichten darauf, bei Selbstständigen und Gesellschaftern die Zumutbarkeit einer Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn der Betrieb des Selbstständigen oder Gesellschafters weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt (es zählen nur aus- oder angelernte Angestellte; Praktikanten, Auszubildende und Werkstudenten berücksichtigen wir nicht).
Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Zusatzbaustein Psyche: volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung - optional

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

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

3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt auszuüben (Höhe der Einkünfte ist nicht maßgeblich). Versichert sind sowohl auf organischen als auch auf psychischen Ursachen beruhende Störungen im Sinne des ICD - Kapitel V. Ausgenommen sind nur die Diagnosen F10 - F19 ("Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen") und F55 (Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen); für diese besteht kein Versicherungsschutz, da sie durch den Gebrauch psychotroper Substanzen (z. B. Alkohol, Opioide, Cannabioide, Kokain, Lösungsmittel, usw.) bzw. durch Medikamentenmissbrauch verursacht sind. Maßgeblich ist das in der Anlage zu den AVB als Auszug abgedruckte Kapitel V ("Psychische und Verhaltensstörungen F00 - F99") des ICD-10-GM-2018 (Stand 01.01.2018) mit Ausnahme der Diagnosen F10 - F19 und F55.
Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, sowie der bisher ausgeübte Beruf der versicherten Person werden bei der Feststellung der vollen Erwerbsminderung nicht berücksichtigt. In beiden oben genannten Fällen leisten wir rückwirkend ab Beginn der 12-Monats-Frist. Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers ist für uns nicht bindend.
Bei diesem Zusatzbaustein gilt die primäre Risikobegrenzung nach § 1 Absatz 23 nicht, d. h. Ihr Versicherungsschutz umfasst bei diesem Zusatzbaustein insbesondere auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versicherungsfälle. Von vornherein vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, die durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum verursacht wurden ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten)).
Übt die versicherte Person eine Erwerbstätigkeit am allgemeinen Arbeitsmarkt von 3 Stunden täglich oder mehr aus, besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall wird unwiderlegbar unterstellt, dass ihr diese Tätigkeit zumutbar und sie dazu mindestens im tatsächlich ausgeübten Umfang in der Lage ist. Unschädlich ist die Ausübung einer Erwerbstätigkeit von weniger als 3 Stunden täglich.

Zusatzbaustein Arbeitsunfähigkeit - optional
aufpreispflichtige Sonder-Klausel, NICHT Gegenstand dieses Angebots!

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

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

Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen in ihrer Form § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) entsprechen und die Diagnose enthalten. Wir akzeptieren gleichwertige ärztliche Atteste. Wir erkennen Vorausbescheinigungen an, die zum Zeitpunkt der Ausstellung maximal 3 Monate in die Zukunft gerichtet waren (siehe § 7 Absatz 6).
Wenn wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung vorliegt.

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

Zusatzbaustein Pflege - optional

Zusätzliche lebenslange Pflegerente

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

Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung für die versicherte Person

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

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

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

Dem Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsfragen steht nicht entgegen, dass wir Leistungen wegen Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, aber noch keine Zusatzleistungen wegen Pflegebedürftigkeit.
Die Höhe der monatlichen Pflegerente im Rahmen der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung können Sie in Abhängigkeit vom Grad der Pflegebedürftigkeit staffeln. Bezogen auf die in Absatz 1 Buchstabe p Doppelbuchstabe aa genannte Punktetabelle des ADL-Score dürfen aber folgende Höchstrenten nicht überschritten werden:

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

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

Sonstige Regelungen für alle Versicherungsfälle

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

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

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

Wir erläutern Ihnen,

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

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

(2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).
Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung

für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.
Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht. Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

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

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da für diese Versicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.
Bei Vertragsbeendigung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach den jeweils geltenden gesetzlichen Regelungen zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.
Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vergleiche Absatz 5 Buchstabe e). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten und die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sind von Bedeutung.
Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0,00 EUR betragen.

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

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

a) Beitragspflichtige Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

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

bb) Alternativ zu den laufenden Überschussanteilen kann die Überschussbeteiligung in Form einer Bonusrente gewählt werden.
Die Bonusrente wird in Prozent der versicherten Rente bei Beginn der Leistungspflicht bemessen und erhöht im Versicherungsfall die fällige Rente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht geltenden Bonusrentensatz. Solange die versicherte Person ununterbrochen Versicherungsleistungen erhält, bleibt der Bonusrentensatz für diesen Vertrag unverändert. Wird sowohl eine Grundfähigkeitsrente als

auch eine zusätzliche Pflegerente (gemäß § 1 Absatz 4) gezahlt, für die der Beginn der Leistungspflicht unterschiedlich war, können jeweils unterschiedliche Bonusrentensätze gelten. Werden keine Versicherungsleistungen gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente erbracht.
Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, gilt der Bonusrentensatz aus dem ersten Versicherungsfall auch für den neuen Versicherungsfall.
Wird der Bonusrentensatz nach Versicherungsbeginn herabgesetzt, können Sie beantragen, die vertragliche Barrente ohne erneute Risikoprüfung mit Wirkung zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) so aufzustocken, dass insgesamt wieder der bei Versicherungsbeginn gültige Versicherungsschutz erreicht wird. Der Antrag muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugehen. Bei der versicherten Person darf bei der Beantragung sowie zum Zeitpunkt der Aufstockung weder ein Versicherungsfall eingetreten sein noch darf bereits ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden sein.

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

dd) Ist die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" vereinbart, haben Sie bei folgenden, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis einen Wechsel ohne erneute Risikoprüfung auf die Überschussvariante "Bonusrente" zu beantragen.
Auch wenn wir auf eine erneute Risikoprüfung verzichten, dürfen wir prüfen, ob die Voraussetzungen für die Ausübung des Wechselrechts erfüllt sind.

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

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

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

b) Beitragsfreie Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

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

c) Versicherungen während eines Rentenbezugs (leistungspflichtige Versicherung)

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

d) Bewertungsreserven (nicht leistungspflichtige und leistungspflichtige Versicherungen)

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

e) Bei Vertragsbeendigung

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

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

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

Eine Ausnahme gilt für

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

Hier umfasst der Versicherungsschutz auch psychisch oder psychosomatisch bedingte Versicherungsfälle.
Der Versicherungsschutz ist jedoch ausgeschlossen (Risikobegrenzung/Ausschluss), wenn der Eintritt des 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 auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

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

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

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Handelnde diese Handlungen in einem die freie

Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie oder der insoweit Anspruchsberechtigte (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person vorsätzlich den Eintritt eines 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 Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn bei der versicherten Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ein Versicherungsfall eintritt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

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

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

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

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

können.

Rücktritt

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

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des 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. War Ihr Vertrag vor dem Rücktritt prämienfrei umgewandelt, werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5).

Kündigung

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

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

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

Vertragsänderung

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

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

Anfechtung

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

Irrtümliche Risikoeinschätzung

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

Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

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

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

Erklärungsempfänger

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

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

Anzeige des Versicherungsfalls

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

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

Mitwirkungspflichten

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

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

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

(4) Mitwirkungspflichten im Versicherungsfall:

a) Wir sind befugt, die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von Attesten und Bescheiden zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten in deutscher Sprache bzw. in amtlich beglaubigter Übersetzung zur Verfügung zu stellen. Außerdem können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 23 vorgelegt werden.
Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, und zudem weitere Erhebungen selbst anstellen. Die versicherte Person hat sich durch von uns beauftragte Ärzte untersuchen zu lassen; der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

i) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:
Bei einer Arbeitsunfähigkeit ist zwischen Leistungsvoraussetzungen und Mitwirkungspflichten zu unterscheiden.

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

bb) Mitwirkungspflichten:
Auf Kosten des Anspruchstellers sind einzureichen:

· der Versicherungsschein;
· die Bescheinigungen nach Buchstabe aa.

Absätze 7 und 8 gelten in diesem Zusammenhang.

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

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

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

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

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

(8) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den Absätzen 3 bis 6 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. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

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

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

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

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

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

Leistungen nach einem der in § 1 genannten Gründe enden.

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

§ 9 Was gilt nach Anerkennung unserer Leistungspflicht?

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Beeinträchtigung einer Grundfähigkeit nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen zu berücksichtigen.
Haben wir unsere Leistungspflicht wegen eines Tätigkeitsverbots nach Infektionsschutzgesetz anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob diese Anordnung nach wie vor gilt.
Haben wir unsere Leistungspflicht wegen eines Fahrerlaubnisverlusts anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob diese Anordnung nach wie vor gilt.
Auch im Rahmen der Nachprüfung verzichten wir auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt, wir prüfen nicht, ob die versicherte Person irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Wir können beim Zusatzbaustein Berufsfahrer jedoch erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne des § 2 Absatz 3 ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt des Versicherungsfalls entspricht. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten und/oder neue Ausbildungen zu berücksichtigen.

Mitwirkungspflichten

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Die Auskünfte haben Sie zu erteilen und an den Untersuchungen mitzuwirken. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet. Dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.
Die Bestimmungen des § 7 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

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

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

Leistungsfreiheit

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

Keine Nachprüfung bei Arbeitsunfähigkeit

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

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Ver-

schuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.
Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

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

§ **12 Wer erhält die Leistung?**

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

Bezugsberechtigung

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

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

- Ihren Ehegatten oder Lebenspartner oder deren Geschwister,
- Ihre Verwandten und Verschwägerte gerader Linie (Beispiel Eltern, Großeltern, Kinder, Enkel und deren Ehegatten bzw. deren Lebenspartner),
- Ihre Geschwister sowie deren Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner,
- Ihre Adoptivkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder oder Stiefeltern,
- Geschwister Ihrer Eltern oder
- Kinder oder Adoptivkinder Ihres Ehegatten oder Lebenspartners

benennen.

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

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

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

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

Abtretung und Verpfändung

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

Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

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

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

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

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

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

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

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

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

Erster Beitrag

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

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

Folgebeitrag

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

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des 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, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

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

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

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

§ 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Gestaltungsmöglichkeiten ohne erneute Risikoprüfung

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

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

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

Bitte beachten Sie dabei, dass Erhöhungen des Leistungsumfanges regelmäßig auch zur Erhöhung des Versicherungsbeitrages führen.
Für die oben genannten Gestaltungsmöglichkeiten gilt, dass diese Rechte nur dann bestehen, wenn dieser Vertrag oder ein diesem Vertrag vorausgegangener Vertrag mit vollständiger Risikoprüfung zustande gekommen ist. Wenn Sie unsicher sein sollten, ob dies auf Ihren Vertrag zutrifft, können Sie uns gerne kontaktieren.

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

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

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

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

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

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

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

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

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

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

Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze

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

Voraussetzungen und Regelungen

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

Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.
Liegen die genannten Voraussetzungen vor, erstellen wir Ihnen einen Vorschlag auf Abschluss einer Grundfähigkeitsversicherung mit verlängerter Vertragslaufzeit nach den dann gültigen Annahmerichtlinien und einem verkaufsoffenen Tarif. Vertragswerte (Deckungskapital, Überschuss, bereits getilgte Abschlusskosten) werden übertragen. Bisher vereinbarte Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse oder andere besondere Vereinbarungen, gelten auch für die neue Grundfähigkeitsversicherung. Mit dem Abschluss des Vertrages mit verlängerter Vertragslaufzeit endet der bisherige Vertrag.
Bisher eingeschlossene Zusatzversicherungen können auf Ihren Wunsch, sofern es die zum Zeitpunkt der Vertragsänderung aktuellen Annahmerichtlinien zulassen und diese tariflich möglich sind, wieder eingeschlossen werden. Die Versicherungs- und Leistungsdauer(n) der wieder eingeschlossenen Zusatzversicherung(en) bleibt(en) jedoch unverändert.

Upgrade-Option

Upgrade-Option ohne erneute Risikoprüfung

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

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

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

(6) Weitere Voraussetzungen und Regelungen

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

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

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

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

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

Gestaltungsmöglichkeiten mit erneuter Risikoprüfung

Upgrade-Option mit erneuter Risikoprüfung

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

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter Risikoprüfung

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

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

Entnahme der Beiträge aus etwaigem Überschussguthaben

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

Befristete Umwandlung mit automatischer Wiederinkraftsetzung

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

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

Beitragsstundung

(3) Sie können für den Zeitraum von bis zu 24 Monaten während der gesamten Vertragslaufzeit ohne Angabe von Gründen eine zinslose Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen. Die zu stundenden Beiträge dürfen dabei maximal so hoch sein, wie das Deckungskapital zu Beginn des Stundungszeitraums. Auf Nachfrage weisen wir Ihnen den möglichen Stundungszeitraum aus.
Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 48 Monatsraten (Einzelrate mindestens 25,00 EUR) nachzahlen. Sofern Sie es wünschen, kann der Ausgleich gegebenenfalls auch durch eine Verrechnung mit einem eventuell vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie gegebenenfalls zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen und einer Erhöhung des Beitrags wählen. Eine erneute Stundung ist nur möglich, wenn die ausstehenden Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden.
Für eine Stundung der Beiträge ist eine vorherige Vereinbarung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mit uns erforderlich.

Sonstige Möglichkeiten

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

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

Kündigung

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

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

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

Keine Beitragsrückzahlung

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

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

Umwandlung

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

cherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird.
Dies ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Voraussetzung der Umwandlung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet.
Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).
Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft keine Beiträge mehr zahlen müssen. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz.
Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person seit Vertragsschluss nicht verschlechtert hat. Details zu Wiederinkraftsetzungen finden Sie in Absatz 5.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an (bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes - siehe auch § 19 Absatz 2). Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der (unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.
Beachten Sie bitte: Die Bildung eines Kapitals ist kein Vertragszweck Ihrer Versicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer Grundfähigkeitsversicherung erreicht bei bestimmten Vertragsgestaltungen nie einen positiven Wert. Wenn ein positiver Wert entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Das Deckungskapital dient nur dazu, die Höhe des Bruttobeitrags möglichst konstant zu halten. Die für die Bildung des Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Beitragsteile sind gemessen an den gezahlten Beiträgen während der gesamten Vertragslaufzeit sehr gering. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

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

Teilweise Umwandlung

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

Wiederinkraftsetzung

(5) Eine Wiederinkraftsetzung der prämienfreien Versicherung ist innerhalb von 3 Jahren nach erfolgter Umwandlung möglich und von einer erneuten Risikoprüfung abhängig.
Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung und ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Dabei gelten diejenigen Rechnungsgrundlagen, die der Vertrag zum Zeitpunkt der Umwandlung hatte.
Nach einer Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Garantiewerte

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

Kosten

§ 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

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

im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.
Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

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

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

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

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

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

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

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt für unsere Kapitalanlage?

Diese Versicherung ist eine klassische Risikoversicherung, bei der die nach § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG notwendige Deckungsrückstellung in unserem konventionellen Sicherungsvermögen angelegt wird.
Wir halten Vermögensanlagen mit besonderem Fokus auf Nachhaltigkeit, der sich gegenüber der allgemeinen Nachhaltigkeitsstrategie der NÜRNBERGER abhebt, mindestens in der Höhe, die den notwendigen Deckungsrückstellungen entspricht; unter Nachhaltigkeit werden dabei die drei Bereiche Umwelt (E), Soziales (S) und gute Unternehmensführung (G) verstanden. Dies steht unter dem Vorbehalt der Einhaltung des Grundsatzes der unternehmerischen Vorsicht mit seinen Anforderungen an Sicherheit, Qualität, Liquidität, Rentabilität und Verfügbarkeit des Gesamtportfolios.
Näheres zu den Aktivitäten der NÜRNBERGER im Bereich Nachhaltigkeit finden Sie in dem aufgrund gesetzlicher Verpflichtung jährlich veröffentlichten gesonderten nichtfinanziellen Konzernbericht (Nachhaltigkeitsbericht).

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

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

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

§ 23 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

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

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

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

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

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

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

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

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Versicherungsombudsmann

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

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de
Telefon 0800 3696000*
Fax 0800 3699000*
** kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz*

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

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

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

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Gerichtsstand

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

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

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

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

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

Begriffsbestimmungen

AVB: Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.

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

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

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

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

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

Fahrerlaubnisverlust Klasse A, B, T oder L - optional: Wenn Sie den Zusatzbaustein "Mobilität" eingeschlossen haben, erhalten Sie unter anderem eine Leistung, wenn die versicherte Person aus gesundheitlichen Gründen nicht mehr dazu in der Lage ist, ein Kraftfahrzeug zu führen, und ihr deswegen die Fahrerlaubnis der Klasse A, B, T oder L entzogen wird. Details: siehe § 2 Absatz 2 Buchstabe a.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Prämie: ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

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

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

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

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

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

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

Versicherungsdauer: Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht

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

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

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

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

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

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

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Lebensversicherung AG

Anlage: Auszug aus dem ICD-10-GM-2018 (Stand 01.01.2018), Kapitel V - Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99) (GN292020_201807)

Diese Anlage ist Bestandteil Ihrer Versicherungsbedingungen. Wir listen Ihnen damit die versicherten Störungen des Zusatzbausteins "volle Erwerbsminderung infolge psychischer Erkrankung" auf.

F00-F09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F00.-	**Demenz bei Alzheimer-Krankheit**
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.-	**Vaskuläre Demenz**
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F02.-	**Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheiten**
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit (Humane Immundefizienz-Viruskrankheit)
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	**Nicht näher bezeichnete Demenz**
F04	**Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt**
F05.-	**Delir, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt**
F05.0	Delir ohne Demenz
F05.1	Delir bei Demenz
F05.8	Sonstige Formen des Delirs
F05.9	Delir, nicht näher bezeichnet
F06.-	**Andere psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit**
F06.0	Organische Halluzinose
F06.1	Organische katatone Störung
F06.2	Organische wahnhafte (schizophreniforme) Störung
F06.3	Organische affektive Störungen
F06.4	Organische Angststörung
F06.5	Organische dissoziative Störung
F06.6	Organische emotional labile (asthenische) Störung
F06.7	Leichte kognitive Störung
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F07.-	**Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns**
F07.0	Organische Persönlichkeitsstörung
F07.1	Postenzephalitisches Syndrom
F07.2	Organisches Psychosyndrom nach Schädelhirntrauma
F07.8	Sonstige organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F07.9	Nicht näher bezeichnete organische Persönlichkeits- und Verhaltensstörung aufgrund einer Krankheit, Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns
F09	**Nicht näher bezeichnete organische oder symptomatische psychische Störung**

F10-F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
	Nicht versichert

F20-F29	Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen
F20.-	**Schizophrenie**
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	**Schizotype Störung**
F22.-	**Anhaltende wahnhafte Störungen**
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.-	**Akute vorübergehende psychotische Störungen**
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	**Induzierte wahnhafte Störung**
F25.-	**Schizoaffektive Störungen**
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F28	**Sonstige nichtorganische psychotische Störungen**
F29	**Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose**

F30-F39	Affektive Störungen
F30.-	**Manische Episode**
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F30.8	Sonstige manische Episoden
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet
F31.-	**Bipolare affektive Störung**
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig remittiert
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F32.-	**Depressive Episode**
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet

F33.-	**Rezidivierende depressive Störung**
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F34.-	**Anhaltende affektive Störungen**
F34.0	Zyklothymia
F34.1	Dysthymia
F34.8	Sonstige anhaltende affektive Störungen
F34.9	Anhaltende affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F38.-	**Andere affektive Störungen**
F38.0	Andere einzelne affektive Störungen
F38.1	Andere rezidivierende affektive Störungen
F38.8	Sonstige näher bezeichnete affektive Störungen
F39	**Nicht näher bezeichnete affektive Störung**
F40-F48	**Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen**
F40.-	**Phobische Störungen**
F40.0-	Agoraphobie
F40.00	Ohne Angabe einer Panikstörung
F40.01	Mit Panikstörung
F40.1	Soziale Phobien
F40.2	Spezifische (isolierte) Phobien
F40.8	Sonstige phobische Störungen
F40.9	Phobische Störung, nicht näher bezeichnet
F41.-	**Andere Angststörungen**
F41.0	Panikstörung (episodisch paroxysmale Angst)
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Andere gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet
F42.-	**Zwangsstörung**
F42.0	Vorwiegend Zwangsgedanken oder Grübelzwang
F42.1	Vorwiegend Zwangshandlungen (Zwangsrituale)
F42.2	Zwangsgedanken und -handlungen, gemischt
F42.8	Sonstige Zwangsstörungen
F42.9	Zwangsstörung, nicht näher bezeichnet
F43.-	**Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen**
F43.0	Akute Belastungsreaktion
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung
F43.2	Anpassungsstörungen
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, nicht näher bezeichnet
F44.-	**Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)**
F44.0	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
F44.7	Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), gemischt
F44.8-	**Sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)**
F44.80	Ganser-Syndrom
F44.81	Multiple Persönlichkeit(sstörung)
F44.82	Transitorische dissoziative Störungen (Konversionsstörungen) in Kindheit und Jugend
F44.88	Sonstige dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
F44.9	Dissoziative Störung (Konversionsstörung), nicht näher bezeichnet
F45.-	**Somatoforme Störungen**
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.3-	**Somatoforme autonome Funktionsstörung**
F45.30	Herz und Kreislaufsystem
F45.31.	Oberes Verdauungssystem
F45.32	Unteres Verdauungssystem
F45.33	Atmungssystem
F45.34	Urogenitalsystem
F45.37	Mehrere Organe und Systeme
F45.38	Sonstige Organe und Systeme
F45.39	Nicht näher bezeichnetes Organ oder System
F45.4-	**Anhaltende Schmerzstörung**
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen
F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
F48.-	**Andere neurotische Störungen**
F48.0	Neurasthenie
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
F48.8	Sonstige neurotische Störungen
F48.9	Neurotische Störung, nicht näher bezeichnet
F50-F59	**Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren**
F50.-	**Essstörungen**
F50.0-	Anorexia nervosa
F50.00	Anorexia nervosa, restriktiver Typ
F50.01	Anorexia nervosa, aktiver Typ
F50.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete Anorexia nervosa
F50.1	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	Atypische Bulimia nervosa
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
F50.8	Sonstige Essstörungen
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet
F51.-	**Nichtorganische Schlafstörungen**
F51.0	Nichtorganische Insomnie
F51.1	Nichtorganische Hypersomnie
F51.2	Nichtorganische Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus
F51.3	Schlafwandeln (Somnambulismus)
F51.4	Pavor nocturnus
F51.5	Albträume (Angstträume)
F51.8	Sonstige nichtorganische Schlafstörungen
F51.9	Nichtorganische Schlafstörung, nicht näher bezeichnet
F52.-	**Sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit**
F52.0	Mangel oder Verlust von sexuellem Verlangen
F52.1.	Sexuelle Aversion und mangelnde sexuelle Befriedigung
F52.2	Versagen genitaler Reaktionen
F52.3	Orgasmusstörung
F52.4	Ejaculatio praecox
F52.5	Nichtorganischer Vaginismus
F52.6	Nichtorganische Dyspareunie
F52.7	Gesteigertes sexuelles Verlangen
F52.8	Sonstige sexuelle Funktionsstörungen, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F52.9	Nicht näher bezeichnete sexuelle Funktionsstörung, nicht verursacht durch eine organische Störung oder Krankheit
F53.-	**Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert**
F53.0	Leichte psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F53.1	Schwere psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F53.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen im Wochenbett, anderenorts nicht klassifiziert
F53.9	Psychische Störung im Wochenbett, nicht näher bezeichnet
F54	**Psychologische Faktoren oder Verhaltensfaktoren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten**
F55	**Schädlicher Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen**
	Nicht versichert
F59	**Nicht näher bezeichnete Verhaltensauffälligkeiten bei körperlichen Störungen und Faktoren**
F60-F69	**Persönlichkeits-und Verhaltensstörungen**
F60.-	**Spezifische Persönlichkeitsstörungen**
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.3-	**Emotional instabile Persönlichkeitsstörung**
F60.30	Impulsiver Typ
F60.31	Borderline-Typ
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.5	Anankastische (zwanghafte) Persönlichkeitsstörung
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet
F61	**Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen**
F62.-	**Andauernde Persönlichkeitsänderungen, nicht Folge einer Schädigung oder Krankheit des Gehirns**
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F62.1	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit
F62.8-	**Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen**
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom
F62.88	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.9	Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet

F63.-	**Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle**
F63.0	Pathologisches Spielen
F63.1	Pathologische Brandstiftung (Pyromanie)
F63.2	Pathologisches Stehlen (Kleptomanie)
F63.3	Trichotillomanie
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet
F64.-	**Störungen der Geschlechtsidentität**
F64.0	Transsexualismus
F64.1	Transvestitismus unter Beibehaltung beider Geschlechtsrollen
F64.2	Störung der Geschlechtsidentität des Kindesalters
F64.8	Sonstige Störungen der Geschlechtsidentität
F64.9	Störung der Geschlechtsidentität, nicht näher bezeichnet
F65.-	**Störungen der Sexualpräferenz**
F65.0	Fetischismus
F65.1	Fetischistischer Transvestitismus
F65.2	Exhibitionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pädophilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	Multiple Störungen der Sexualpräferenz
F65.8	Sonstige Störungen der Sexualpräferenz
F65.9	Störung der Sexualpräferenz, nicht näher bezeichnet
F66.-	**Psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung**
F66.0	Sexuelle Reifungskrise
F66.1	Ichdystone Sexualorientierung
F66.2	Sexuelle Beziehungsstörung
F66.8	Sonstige psychische und Verhaltensstörungen in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung
F66.9	Psychische und Verhaltensstörung in Verbindung mit der sexuellen Entwicklung und Orientierung, nicht näher bezeichnet
F68.-	**Andere Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen**
F68.0	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen
F68.1	Artifizielle Störung (absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen)
F68.8	Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	**Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung**
F70-F79	**Intelligenzstörung**
F70.-	**Leichte Intelligenzminderung**
F70.0	Leichte Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F70.1	Leichte Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F70.8	Leichte Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F70.9	Leichte Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F71.-	**Mittelgradige Intelligenzminderung**
F71.0	Mittelgradige Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F71.1	Mittelgradige Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F71.8	Mittelgradige Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F71.9	Mittelgradige Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F72.-	**Schwere Intelligenzminderung**
F72.0	Schwere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F72.1	Schwere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F72.8	Schwere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F72.9	Schwere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F73.-	**Schwerste Intelligenzminderung**
F73.0	Schwerste Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F73.1	Schwerste Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F73.8	Schwerste Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F73.9	Schwerste Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F74.-	**Dissoziierte Intelligenz**
F74.0	Dissoziierte Intelligenz: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F74.1	Dissoziierte Intelligenz: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F74.8	Dissoziierte Intelligenz: Sonstige Verhaltensstörung
F74.9	Dissoziierte Intelligenz: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F78.-	**Andere Intelligenzminderung**
F78.0	Andere Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F78.1	Andere Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F78.8	Andere Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F78.9	Andere Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F79.-	**Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung**
F79.0	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Keine oder geringfügige Verhaltensstörung
F79.1	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Deutliche Verhaltensstörung, die Beobachtung oder Behandlung erfordert
F79.8	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Sonstige Verhaltensstörung
F79.9	Nicht näher bezeichnete Intelligenzminderung: Ohne Angabe einer Verhaltensstörung
F80-F89	**Entwicklungsstörungen**
F80.-	**Umschriebene Entwicklungsstörungen des Sprechens und der Sprache**
F80.0	Artikulationsstörung
F80.1	Expressive Sprachstörung
F80.2-	**Rezeptive Sprachstörung**
F80.20	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung (AVWS)
F80.28	Sonstige rezeptive Sprachstörung
F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie (Landau-Kleffner-Syndrom)
F80.8	Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache
F80.9	Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache, nicht näher bezeichnet
F81.-	**Umschriebene Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten**
F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung
F81.1	Isolierte Rechtschreibstörung
F81.2	Rechenstörung
F81.3	Kombinierte Störungen schulischer Fertigkeiten
F81.8	Sonstige Entwicklungsstörungen schulischer Fertigkeiten
F81.9	Entwicklungsstörung schulischer Fertigkeiten, nicht näher bezeichnet
F82.-	**Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen**
F82.0	Umschriebene Entwicklungsstörung der Grobmotorik
F82.1	Umschriebene Entwicklungsstörung der Fein- und Graphomotorik
F82.2	Umschriebene Entwicklungsstörung der Mundmotorik
F82.9	Umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen, nicht näher bezeichnet
F83	**Kombinierte umschriebene Entwicklungsstörungen**
F84.-	**Tief greifende Entwicklungsstörungen**
F84.0	Frühkindlicher Autismus
F84.1	Atypischer Autismus
F84.2	Rett-Syndrom
F84.3	Andere desintegrative Störung des Kindesalters
F84.4	Überaktive Störung mit Intelligenzminderung und Bewegungsstereotypien
F84.5	Asperger-Syndrom
F84.8	Sonstige tief greifende Entwicklungsstörungen
F84.9	Tief greifende Entwicklungsstörung, nicht näher bezeichnet
F88	**Andere Entwicklungsstörungen**
F89	**Nicht näher bezeichnete Entwicklungsstörung**
F90-F98	**Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
F90.-	**Hyperkinetische Störungen**
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
F91.-	**Störungen des Sozialverhaltens**
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet

F92.-	**Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen**
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet
F93.-	**Emotionale Störungen des Kindesalters**
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
F93.9	Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet
F94.-	**Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
F94.0	Elektiver Mutismus
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit
F94.9	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet
F95.-	**Ticstörungen**
F95.0	Vorübergehende Ticstörung
F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics (Tourette-Syndrom)
F95.8	Sonstige Ticstörungen
F95.9	Ticstörung, nicht näher bezeichnet
F98.-	**Andere Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend**
F98.0-	**Nichtorganische Enuresis**
F98.00	Enuresis nocturna
F98.01	Enuresis diurna
F98.02	Enuresis nocturna et diurna
F98.08	Sonstige und nicht näher bezeichnete nichtorganische Enuresis
F98.1	Nichtorganische Enkopresis
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
F98.3	Pica im Kindesalter
F98.4-	**Stereotype Bewegungsstörungen**
F98.40	Ohne Selbstverletzung
F98.41	Mit Selbstverletzung
F98.49	Ohne Angabe einer Selbstverletzung
F98.5	Stottern (Stammeln)
F98.6	Poltern
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F98.9	Nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F99	**Nicht näher bezeichnete psychische Störungen**

Zusätzliche Vereinbarung - Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen
(GN323137_202201)

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Regelungen:

Beitragsbefreiung für den NÜRNBERGER Spezialisten-Service im Versicherungsfall der Hauptversicherung

In Ihrem Vertrag ist zusätzlich Tarifbaustein B mit folgender Versicherungsleistung beinhaltet:

Ist für die Hauptversicherung ein Versicherungsfall eingetreten und sind Sie aufgrund dessen von der Pflicht zur Zahlung des auf die Hauptversicherung entfallenden Beitrags befreit, dann befreien wir Sie in diesem Fall auch von der Beitragszahlungspflicht für den NÜRNBERGER Spezialisten-Service (siehe hierzu § 1 der AVB der Hauptversicherung). Die Beitragsbefreiung des NÜRNBERGER Spezialisten-Service endet mit der Beendigung der Beitragsbefreiung der Hauptversicherung.

Für den Tarifbaustein B gelten die AVB der Hauptversicherung. In Bezug auf die Überschussbeteiligung gilt für den Tarifbaustein B abweichend zu § 3 Absatz 5 der AVB der Hauptversicherung:

Für beitragspflichtige Zusatzversicherungen nach Tarifbaustein B werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) für diese Zusatzversicherung zugewiesen.
Diese laufenden Überschussanteile werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und in der Regel mit den für die Zusatzversicherungen zu zahlenden Beiträgen verrechnet (Beitragsabzug).
Handelt es sich bei der Hauptversicherung um eine Investment-Berufsunfähigkeitsversicherung, können die Überschüsse der Zusatzversicherungen stattdessen auch verzinslich angesammelt werden.

Für Zeiten der Leistungspflicht auf Zusatztarif B entfallende Überschussanteile (in Prozent des Deckungskapitals) bewirken eine Erhöhung der aus der Hauptversicherung fälligen Rente. Alle Erhöhungen aus der Überschussbeteiligung erfolgen jeweils zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Leistungsbeginn.

NÜRNBERGER Spezialisten-Service
(GN323135_202201)

Der versicherten Person (bei Versicherungen auf verbundene Leben: jeder versicherten Person) und eventuell über Haupt- oder Zusatzversicherungen mitversicherten Kindern steht ein "Spezialisten-Service" eines unabhängigen qualifizierten Dienstleisters zur Verfügung. Eine Erbringung der Spezialisten-Service-Leistungen durch uns als Versicherer ist ausdrücklich ausgeschlossen.

a) Leistungen des Spezialisten-Service können von der versicherten Person für sich und mitversicherte Kinder in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme ist während der gesamten Vertragslaufzeit für beitragspflichtige Verträge möglich und ebenso für Verträge im Leistungsbezug.

b) Der Dienstleister analysiert durch eigenes medizinisch geschultes Personal die individuelle gesundheitliche Situation der versicherten Person oder des mitversicherten Kindes und empfiehlt einen auf diese Situation spezialisierten Arzt.

c) Auf Wunsch vereinbart der Dienstleister bei dem empfohlenen Spezialisten einen Termin und wirkt dabei auf einen zeitnahen Termin hin. Kosten für die Behandlung des Spezialisten sind nicht versichert, sondern vom Erkrankten bzw. dessen Krankenversicherung zu tragen.

d) Auf Wunsch vermittelt der Dienstleister einen auf die individuelle gesundheitliche Situation der versicherten Person oder des mitversicherten Kindes spezialisierten Arzt für die Erstellung einer fachlichen Zweitmeinung. Kosten des Spezialisten für die Erstellung der fachlichen Zweitmeinung sind nicht versichert, sondern vom Erkrankten bzw. dessen Krankenversicherung zu tragen.

Bei Bedarf können im Anschluss daran die Beratungsleistungen aus Buchstabe b und c ergänzend in Anspruch genommen werden.

e) Die Gesprächsinhalte der Beratungstelefonate, der Kontaktaufnahme und der Fallvorstellung werden uns nicht bekannt gegeben, sondern bleiben vertraulich. Wir erfahren lediglich, dass und welche Spezialisten-Service-Leistung (nach Buchstabe b oder/und d) zu Ihrem Vertrag erbracht wurde. Ein Zweitmeinungsgutachten wird uns nur durch die ansprucherhebende Person oder deren gesetzlichen Vertreter zur Kenntnis gebracht.

f) Es besteht nur ein Rechtsanspruch auf Erbringung der Leistungen in deutscher Sprache. Bemüht sich der Dienstleister im Einzelfall dennoch um Leistungserbringung in einer anderen Sprache, erfolgt dies aus Kulanz und ohne Bindungswirkung für andere Versicherungsfälle.

g) Wir sind berechtigt, den Dienstleister während der Vertragslaufzeit zu wechseln.

h) Wir können nicht garantieren, dass während der gesamten Dauer Ihres Vertrags deutschsprachige Spezialisten-Service-Leistungen verfügbar sind, d. h. von entsprechenden Dienstleistern angeboten werden. Sollten wir unsererseits keine Möglichkeit mehr haben, uns bei einem hinreichend qualifizierten Dienstleister mit gleichwertigen Spezialisten-Service-Leistungen einzudecken, werden wir Sie unverzüglich über die Nichtverfügbarkeit informieren. Der Anspruch auf NÜRNBERGER Spezialisten-Service-Leistungen fällt in diesem Fall ersatzlos weg. Stattdessen reduziert sich der monatliche Versicherungsbeitrag um den im Versicherungsschein hierfür ausgewiesenen Beitragsanteil.

NÜRNBERGER VERSICHERUNG

NÜRNBERGER
Lebensversicherung AG

Bedingungen für die NÜRNBERGER ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung (NESZ2022C) mit Beitragsbefreiung im Versicherungsfall der Grundfähigkeitsversicherung (GFZ2021)

(GN323160_202207)

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir für die versicherte Person?

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir für mitversicherte Kinder?

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

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

§ 6 Welche besonderen Verpflichtungen und Regelungen bestehen für Raucher?

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

§ 8 Wer erhält die Leistung?

Vertragserhöhung

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

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

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

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

Verhältnis zur Hauptversicherung

§ 13 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Begriffsbestimmungen

Anlage SEL: Versicherte schwere Erkrankungen und sonstige Leistungsauslöser

Einführung

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

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir für die versicherte Person?

Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung

(1) Versicherungsfall ist die erste Diagnose des Eintritts einer schweren Erkrankung der versicherten Person im Sinne der Anlage SEL durch einen medizinischen Dienstleister (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt) während der Versicherungsdauer.
Die erste Diagnose ist maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls. Die Kenntnis der ersten Diagnose verpflichtet zur unverzüglichen Anzeige des Versicherungsfalls (vergleiche § 7 Absätze 1 und 2), auch wenn die übrigen Leistungsvoraussetzungen noch nicht gegeben sind. Wurde die erste Diagnose vor dem Versicherungsbeginn gestellt, besteht kein Versicherungsschutz. Die in den Leistungsvoraussetzungen der jeweiligen Erkrankung (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Voraussetzungen sowie die fachärztliche Feststellung sind nicht notwendiger Bestandteil der ersten Diagnose und damit weder maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls noch für die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige des Versicherungsfalls.

a) Karenzzeit: Es besteht eine Karenzzeit von 14 Tagen: Der Anspruch auf Leistung entsteht, wenn die versicherte Person einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen seit dem Eintritt aller in der Anlage SEL genannten Leistungsvoraussetzungen überlebt. Im Fall des Überlebens zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme.
Maßgeblich ist das 14-tägige Überleben aller notwendigen Leistungsvoraussetzungen, wie nachfolgend unter c) beschrieben. Überlebt die versicherte Person den Eintritt der Leistungsvoraussetzungen um 14 Tage, aber kann der Facharzt sein Attest erst danach ausstellen, ist der Anspruch trotzdem entstanden.

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

c) Leistungsvoraussetzungen: Voraussetzung eines Zahlungsanspruchs ist, dass neben der ersten Diagnose auch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Diese Voraussetzungen sind durch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten Fachärzte zu attestieren.
Wir sind befugt, die Diagnose und die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharztattesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vergleiche § 7 Absatz 3 Unterabsatz 3).
Ab dem Ablauf der Karenzzeit des vollen Versicherungsfalls sind die Beiträge für diese Zusatzversicherung noch bis zur nächsten Beitragsfälligkeit zu entrichten.

Wartezeiten für den Versicherungsfall

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

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

b) Erfolgt während der Vertragslaufzeit eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungssumme, gelten bezüglich des erhöhten Teils entsprechende Wartezeiten, die mit dem im Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnen. Dies gilt insbesondere auch für Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie laut § 9 Absatz 2 bis 4.

c) Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen (NÜRNBERGER Plus; vergleiche § 9 Absatz 1) bestehen keine Wartezeiten. Werden solche planmäßigen Erhöhungen hingegen erst nachträglich während der Vertragslaufzeit vereinbart, bestehen einmalig ab der Hinzunahme des Bausteins NÜRNBERGER Plus entsprechende Wartezeiten, die mit dem im entsprechenden Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnen.

d) Im Fall einer Wiederinkraftsetzung eines länger als 6 Monate prämienfrei umgewandelten Vertrags (§ 12) gelten erneut entsprechende Wartezeiten. Sie beginnen mit dem Änderungstermin (mittags 12 Uhr), der in dem die Wiederinkraftsetzung dokumentierenden Nachtrag genannt ist. Bitte prüfen Sie auch deshalb, ob nicht eine der in § 10 Absatz 1 bis 3 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.

Keine zweite Versicherungssumme

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

Unsere Teilleistung bei relativ häufig auftretenden schweren Erkrankungen

(4) Bei einem invasiv wachsenden Krebs, einem Herzinfarkt, einem Schlaganfall oder einer Multiplen Sklerose können Sie einen Teil der Versicherungssumme abrufen, obwohl neben der ersten Diagnose nicht alle für die volle Versicherungssumme maßgeblichen Leistungsvoraussetzungen vorliegen. Absätze 1 und 2 gelten entsprechend und mit der Maßgabe, dass anstatt der in der Anlage SEL - Ziffern I.2., II.9., II.14. und IV.29. genannten Leistungsvoraussetzungen für die volle Versicherungssumme nur die in Anlage SEL - Ziffern I.3., II.10., II.15. und IV.30. genannten, weniger gewichtigen Leistungsvoraussetzungen für die Teilsumme gegeben sein müssen.

a) Die Teilsumme beträgt 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000,00 EUR, und ist in den Allgemeinen Vertragsdaten beziffert ausgewiesen. Bestehen mehrere Verträge für die versicherte Person, ist die Summe der Teilleistungen aus allen Verträgen auf 25.000 EUR begrenzt.

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

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

Keine Leistung aus dieser Zusatzversicherung bei Tod (allenfalls Überschüsse)

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

Sonstige Regelungen

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

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

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir für mitversicherte Kinder?

Mitversicherte Kinder und Mitversicherungsdauer

(1) Kinder im Sinne dieser Mitversicherung sind leibliche und adoptierte Kinder der versicherten Person sowie im Haushalt der versicherten Person lebende Stiefkinder der versicherten Person (Kinder des Ehepartners bzw. des Lebenspartners im Sinne des LPartG).
Kinder sind in dieser Zusatzversicherung jeweils ab der Geburt bis zu ihrem 18. Geburtstag automatisch mitversichert, frühestens ab Versicherungsbeginn und längstens bis zur Vertragsbeendigung. Bei adoptierten Kindern und Stiefkindern beginnt der Mitversicherungsschutz frühestens ab dem spätesten der folgenden Ereignisse:

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

Unsere Leistung bei schwerer Erkrankung eines mitversicherten Kindes

(2) Mitversicherungsfall ist die erste Diagnose des Eintritts einer schweren Erkrankung des mitversicherten Kindes im Sinne der Anlage SEL durch einen medizinischen Dienstleister (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt) während der Mitversicherungsdauer. Die erste Diagnose ist maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Mitversicherungsfalls. Die Kenntnis der ersten Diagnose verpflichtet zur unverzüglichen Anzeige (vergleiche § 7 Absätze 1 und 2), auch wenn die übrigen Leistungsvoraussetzungen noch nicht gegeben sind. Wurde die erste Diagnose vor dem Mitversicherungsbeginn oder vor der Geburt des mitversicherten Kindes gestellt, besteht kein Versicherungsschutz. Die in den Leistungsvoraussetzungen der jeweiligen Erkrankung (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Voraussetzungen sowie die fachärztliche Feststellung sind nicht notwendiger Bestandteil der ersten Diagnose und damit weder maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Mitversicherungsfalls noch für die Pflicht zur unverzüglichen Anzeige des Mitversicherungsfalls.

a) Mitversichert sind 50 % der Versicherungssumme für die versicherte Person, maximal jedoch 35.000,00 EUR. Eine vorherige Teilleistung (§ 1 Absatz 4) für die versicherte Person mindert diese Mitversicherungsleistung nicht. Die Summe aller aufgrund schwerer Erkrankungen erbrachten Leistungen für alle mitversicherten Kinder beträgt maximal 50 % der für die versicherte Person aktuellen Versicherungssumme.

b) Karenzzeit: Es besteht eine Karenzzeit von 14 Tagen. Der Anspruch auf Leistung entsteht, wenn das mitversicherte Kind einen Zeitraum von mindestens 14 Tagen seit dem Eintritt aller in der Anlage SEL genannten Leistungsvoraussetzungen überlebt. Im Fall des Überlebens zahlen wir die vereinbarte Mitversicherungsleistung und der Mitversicherungsschutz für dieses Kind endet mit dem Ablauf der Karenzzeit.
Maßgeblich ist das 14-tägige Überleben aller notwendigen Leistungsvoraussetzungen, wie nachfolgend unter c) beschrieben. Überlebt das mitversicherte Kind den Eintritt der Leistungsvoraussetzungen um 14 Tage, aber kann der Facharzt sein Attest erst danach ausstellen, ist der Anspruch trotzdem entstanden und es wird die für das Kind mitversicherte Versicherungssumme für schwere Erkrankungen ausgezahlt.

c) Leistungsvoraussetzungen: Voraussetzung eines Zahlungsanspruchs ist, dass neben der ersten Diagnose auch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten zusätzlichen Leistungsvoraussetzungen gegeben sind. Diese Voraussetzungen sind durch die im jeweiligen Leistungsauslöser (Anlage SEL) genannten Fachärzte zu attestieren. Wir sind befugt, die Diagnose und die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von den Facharztattesten zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen (vergleiche § 7 Absatz 3 Unterabsatz 3).

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

e) Ist sowohl bei einem mitversicherten Kind als auch bei der versicherten Person die erste Diagnose einer Erkrankung im Sinne der Anlage SEL gestellt worden und damit jeweils der Versicherungsfall eingetreten, ist für unsere Leistungspflicht entscheidend, ob das mitversicherte Kind zuerst den Ablauf der Karenzzeit überlebt oder nicht. Überlebt zuerst das mitversicherte Kind seine Karenzzeit, zahlen wir die Mitversicherungssumme für das Kind, der Vertrag läuft weiter und nur der Mitversicherungsschutz für dieses Kind endet mit dem Ablauf der Karenzzeit. Überlebt zuerst die versicherte Person die für sie geltende Karenzzeit oder stirbt die versicherte Person vor Ablauf der für das Kind geltenden Karenzzeit, endet die Zusatzversicherung und damit auch der Mitversicherungsschutz. Wir zahlen dann nur die Versicherungsleistung für die versicherte Person und keine Mitversicherungsleistung für das Kind.

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

Keine Teilsumme

(3) Der Mitversicherungsschutz für Kinder umfasst keine Teilsummen

Wartezeiten

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

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

- Adoption des Kindes;
- Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft der versicherten Person;
- Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt der versicherten Person. Bei leiblichen Kindern kommt die Wartezeit deshalb überhaupt nicht mehr zum Tragen, wenn das leibliche Kind später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird.

b) Erfolgt während der Vertragslaufzeit eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungssumme, gilt bezüglich des erhöhten Teils eine entsprechende Wartezeit, die mit dem im Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnt. Dies gilt insbesondere auch für Erhöhungen laut § 9 Absatz 2 bis 4 im Rahmen der Nachversicherungsgarantie.

c) Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen nach § 9 Absatz 1 (NÜRNBERGER Plus) besteht keine Wartezeit. Werden solche planmäßigen Erhöhungen hingegen erst nachträglich während der Vertragslaufzeit vereinbart, besteht einmalig ab der Hinzunahme des Bausteins NÜRNBERGER Plus eine entsprechende Wartezeit, die mit dem im entsprechenden Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen beginnt.

d) Im Fall einer Wiederinkraftsetzung eines länger als 6 Monate prämienfrei umgewandelten Zusatzversicherungsvertrags (§ 12) gilt erneut eine entsprechende Wartezeit. Sie beginnt mit dem Änderungstermin (mittags 12 Uhr), der in dem die Wiederinkraftsetzung dokumentierenden Nachtrag genannt ist. Bitte prüfen Sie auch deshalb, ob nicht eine der in § 10 Absatz 1 bis 3 genannten Möglichkeiten Ihrem Interesse besser entspricht, da diese nicht mit einer neuerlichen Wartezeit verbunden sind.
Mehrfacher (Mit-)Versicherungsschutz eines Kindes

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

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

Keine Leistung bei Tod eines mitversicherten Kindes

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

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

Wir erläutern Ihnen,

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

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

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

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung

für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

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

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

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

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da für diese Zusatzversicherung keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.
Zeitpunkt und Höhe der Zuteilung des Anteils an den Bewertungsreserven aus dieser Zusatzversicherung richten sich nach den Regelungen der Hauptversicherung. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

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

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

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

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

a) Beitragspflichtige Zusatzversicherungen

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

b) Prämienfrei umgewandelte Zusatzversicherungen

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

c) Bewertungsreserven

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

Die Bewertungsreserven werden bei Beendigung des gesamten Vertrags (Haupt- und Zusatzversicherung) zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (siehe Buchstabe d). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für

diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Bei Vertragsbeendigung

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

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

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

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

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

Ausschlüsse bei schwerer Erkrankung

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Zusätzlicher Ausschluss in der Mitversicherung

(2) Folgender Ausschluss gilt nur für die Mitversicherung (§ 2) zusätzlich: Wir leisten nicht, wenn der Mitversicherungsfall mittelbar oder unmittelbar mit einer Gesundheitsstörung in ursächlichem Zusammenhang steht, die bereits vor der Geburt des mitversicherten Kindes erstmals diagnostiziert wurde, oder wenn dem Versicherungsnehmer, der versicherten Person bzw. dem anderen Elternteil, dem gesetzlichen Vormund des Kindes oder dem Anspruchsberechtigten (Todesfall-Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) die Gesundheitsstörung bekannt war oder bekannt sein musste. Maßgeblicher Zeitpunkt für die Kenntnis bzw. das Kennenmüssen ist der Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption der Zeitpunkt der Adoption bzw. bei Stiefkindern der Zeitpunkt der Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft oder - falls später - der Zeitpunkt der Aufnahme des Kindes in den Haushalt der versicherten Person.

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

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

Rücktritt und Anfechtung

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

Kündigung

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

Verzicht auf Vertragsänderung bei schuldloser Verletzung

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

Erklärungsempfänger

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

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

§ 6 Welche besonderen Verpflichtungen und Regelungen bestehen für Raucher?

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

(2) Vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung für diese Zusatzversicherung fragen wir in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auch danach, ob die versicherte Person Raucher oder Nichtraucher im Sinne von Absatz 1 ist. Hinsichtlich der sich hieraus ergebenden Anzeigepflicht und der Rechtsfolgen einer Verletzung gilt § 5. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Frage verpflichtet.

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

Unverzügliche Anzeige des Versicherungsfalls

(1) Der Versicherungsnehmer hat uns den Eintritt eines Versicherungsfalls, nachdem er von ihm Kenntnis erlangt hat, unverzüglich anzuzeigen. Maßgeblich ist bei einer

schweren Erkrankung die Kenntnis der ersten Diagnose (§ 1 Absatz 1 Satz 1). Bei einer schweren Erkrankung haben Sie die Anzeige also unverzüglich zu erstatten, sobald Ihnen die erste Diagnose bekannt ist - und nicht erst, wenn die weiteren Leistungsvoraussetzungen, wie z. B. die fachärztliche Attestierung oder das Bestehen von Einschränkungen über eine gewisse Dauer, erfüllt sind. Steht das Recht auf die vertragliche Leistung einem Dritten zu (z. B. dem Bezugsberechtigten, Abtretungsgläubiger, Versicherten), ist auch der Dritte zur unverzüglichen Anzeige nach Kenntniserlangung verpflichtet.

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

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

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

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

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

(4) Schwere Erkrankung:
Bei Eintritt einer schweren Erkrankung sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

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

(5) Pflegebedürftigkeit:
Bei Pflegebedürftigkeit sind uns auf Kosten des Anspruchstellers **zusätzlich** zu Ziffer (4) einzureichen:

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

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

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

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

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

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

(9) Die Atteste nach Absatz 4 bis 5 müssen von einem approbierten Facharzt aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union stammen. Unter der Voraussetzung, dass es sich um ein praktizierendes Mitglied der dort ansässigen Ärztekammer handelt, ist auch ein Attest eines approbierten Facharztes aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet aus Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, der Schweiz oder den USA ausreichend.
Alle Atteste sind in deutscher Sprache oder auf Kosten des Anspruchserhebenden in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

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

- Verwandtschaftsverhältnis zur versicherten Person (leiblich, Stiefkind, adoptiert) sowie Name, Geburtstag und -ort des Kindes (Geburtsurkunde),
- Zeitpunkt der Adoption (Adoptionsurkunde),
- Zeitpunkt der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft (Heiratsurkunde),
- Zeitpunkt der Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt (Meldebescheinigung),
- Bestehen anderer Verträge mit Mitversicherungsschutz zugunsten des mitversicherten Kindes.

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

(12) Wird eine der Mitwirkungspflichten nach Absatz 3 bis 10 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung aus dieser Zusatzversicherung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.
Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.
Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

§ 8 Wer erhält die Leistung?

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

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine der nachstehend bestimmten anderen Personen benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Haben Sie die Versicherung auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie uns als Bezugsberechtigten

- Ihren Ehegatten oder Lebenspartner oder deren Geschwister,
- Ihre Verwandten und Verschwägerte gerader Linie (Beispiel Eltern, Großeltern, Kinder, Enkel und deren Ehegatten bzw. deren Lebenspartner),
- Ihre Geschwister sowie deren Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner,
- Ihre Adoptivkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder oder Stiefeltern,
- Geschwister Ihrer Eltern oder
- Kinder oder Adoptivkinder Ihres Ehegatten oder Lebenspartners

benennen.

Haben Sie die Versicherung nicht auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie die versicherte Person oder deren Angehörige im Sinne des Satz 2 als Bezugsberechtigten benennen.

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

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

Abtretung und Verpfändung

(3) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls bzw. Todesfalls grund-

sätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, wenn und soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige und Form

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

Vertragserhöhung

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

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

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

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

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

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

(2) Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie haben bei 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 Versicherungssumme ohne erneute Gesundheitsprüfung um maximal 50 % der zuletzt geltenden Versicherungssumme zu erhöhen, höchstens aber auf eine Versicherungssumme von 200.000,00 EUR:

- Heirat bzw. Eintragung einer Lebenspartnerschaft (nach dem LPartG);
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehegatten bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes;
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer aus der Zusatzversicherung;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation, verbunden mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens;
- 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);
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienerwerb oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- bei Selbstständigen und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen. Für das Erhöhungsrecht maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum Erhöhungszeitpunkt. Zusätzlich

müssen die unter Absatz 4 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(3) Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Der Versicherungsnehmer hat ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 3 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 35. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, die Leistung ohne erneute Gesundheitsprüfung um maximal 50 % der zuletzt geltenden Versicherungssumme zu erhöhen, höchstens aber auf eine Versicherungssumme von 200.000,00 EUR. Für das Erhöhungsrecht maßgeblich ist das Alter der versicherten Person zum beantragten Erhöhungszeitpunkt. Das Recht besteht nicht, wenn die Versicherung mit vereinfachter oder ohne Gesundheitsprüfung zustande gekommen ist.
Die Erweiterung der Leistung muss mindestens 6 Monate vor dem Termin, zu dem die Erhöhung wirksam werden soll bei uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden. Außerdem müssen die unter Absatz 4 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(4) Weitere Voraussetzungen der Erhöhung sind:

- Bei einer Erweiterung nach Absatz 2 ist das zur Erhöhung berechtigende Ereignis erst nach dem Versicherungsbeginn eingetreten.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne des § 1 Absatz 1 bis 4 eingetreten noch ein Leistungsantrag wegen schwerer Erkrankung gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne der Hauptversicherung und/oder einer optional eingeschlossenen weiteren Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Die gesamte Versicherungssumme aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Versicherungen mit Absicherung von schweren Krankheiten (auch bei anderen Gesellschaften) darf das 7-Fache des Jahresbruttoeinkommens der versicherten Person nicht übersteigen; maßgeblich ist das durchschnittliche Jahresbruttoeinkommen in den letzten 3 vollen Kalenderjahren vor dem Jahr der Erhöhung.

Eine außerplanmäßige Erhöhung der Zusatzversicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer der Zusatzversicherung und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei die ursprünglichen Rechnungsgrundlagen (Rechnungszins, Ausscheidewahrscheinlichkeiten und Kosten) herangezogen werden.

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

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

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter Gesundheitsprüfung

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

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

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

Beitragsstundung

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

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

Reduzierung der Hauptversicherung

(2) Sie können die Hauptversicherung und diese Zusatzversicherung in unterschiedlichem Verhältnis entsprechend § 12 teilumwandeln, um die Höhe der versicherten NÜRNBERGER ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung möglichst aufrechtzuerhalten und gleichzeitig den Beitragsaufwand zu reduzieren. Dadurch besteht Ihr Versicherungs-

schutz für das Risiko der schweren Erkrankung ganz oder teilweise fort. Vergleichen Sie hierzu § 12 Absatz 5.

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

Kündigung

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

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

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

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung

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

Keine Beitragsrückzahlung

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

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

Umwandlung

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass Ihr gesamter Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Dies ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen.

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

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

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

b) Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 10 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit sind. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz der Hauptversicherung sowie dieser Zusatzversicherung.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich Ihr Gesundheitszustand seit Vertragsschluss nicht verschlechtert hat. Im Fall der Wiederinkraftsetzung gelten neue Wartezeiten (§ 1 Absatz 2). Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach der Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzuzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung dieser Zusatzversicherung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals dieser Zusatzversicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des zugrunde liegenden Deckungskapitals wenden wir bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes angesetzten Abschluss- und

Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. 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 nicht ein Vertragszweck Ihrer Zusatzversicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer NES-Zusatzversicherung erreicht bei bestimmten Vertragsgestaltungen nie einen positiven Wert. Wenn ein positiver Wert entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Versicherungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Das Deckungskapital dient nur dazu, die Höhe des Bruttobeitrags möglichst konstant zu halten. Die für die Bildung des Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Beitragsteile sind gemessen an den gezahlten Beiträgen während der gesamten Vertragslaufzeit sehr gering. Mit Ablauf dieser Zusatzversicherung ist deren Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

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

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

Teilweise Umwandlung

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

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

Garantiewerte

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

Verhältnis zur Hauptversicherung

§ 13 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

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

(3) In Ihrem Vertrag ist zusätzlich folgender Tarifbaustein B zur GFZ2021 beinhaltet:

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

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

(4) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung der Hauptversicherung vermindert sich auch der Versicherungsschutz aus der Zusatzversicherung. Die versicherte Leistung der beitragspflichtigen Zusatzversicherung wird auf den Betrag herabgesetzt, der dem Teil der Hauptversicherungsleistung entspricht, für den der Beitrag weitergezahlt wird. Der wegfallende Teil der Zusatzversicherung wird in eine prämienfreie Versicherung nach § 12 umgewandelt.

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

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

Begriffsbestimmungen

AVB: Damit sind die Allgemeinen Bedingungen gemeint.

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

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

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

Beitragsbefreiung im Versicherungsfall der Grundfähigkeitsversicherung (Tarifbaustein B): Handelt es sich bei der Hauptversicherung um eine Grundfähigkeitsversicherung und ist für diese Versicherung der Versicherungsfall eingetreten und sind Sie aufgrund dessen von der Pflicht zur Zahlung des auf die Hauptversicherung entfallenden Beitrags befreit, dann befreien wir Sie in diesem Fall auch von der Beitragszahlungspflicht für die NES-Zusatzversicherung (siehe § 13 Absatz 3).

Erste Diagnose: Maßgeblich für den Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls aus dieser Zusatzversicherung ist die erste Diagnose der schweren Erkrankung. Die erste Diagnose muss während der Versicherungsdauer erfolgt sein. Erste Diagnose ist jede erstmalige Diagnose eines medizinischen Dienstleisters (z. B. Arzt, Heilpraktiker, Labor, Gesundheitsamt). Der Versicherungsfall ist uns nach Kenntniserlangung von der ersten Diagnose unverzüglich anzuzeigen, auch wenn die weiteren Leistungsvoraussetzungen, wie z. B. das fachärztliche Attest oder das Vorliegen von Einschränkungen über eine bestimmte Dauer, noch nicht gegeben sind (siehe § 7 Absatz 1 und 2).

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

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

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

LPartG: Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft

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

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

Nachversicherungsgarantie: In den ersten 3 Jahren nach Versicherungsbeginn oder bei bestimmten Ereignissen, wie z. B. Heirat, Scheidung oder Einkommenssteigerung mit Karrieresprung, haben Sie unter bestimmten weiteren Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versi-

cherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung im Rahmen unserer Annahmerichtlinien zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 9 Absatz 2 bis 4.

NESZ: Abkürzung für diese NÜRNBERGER ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung

NÜRNBERGER Plus: Haben Sie mit uns planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen vereinbart (NÜRNBERGER Plus), beachten Sie bitte § 9 Absatz 1 sowie die dann Ihren Versicherungsbedingungen beigefügten Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Prämie: ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

Prämienfrei umgewandelte Versicherung: Hierunter versteht man eine Versicherung, die ursprünglich gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen wurde und sodann umgewandelt worden ist. Der Versicherungsvertrag bleibt durch die Umwandlung als solcher bestehen, wird jedoch dahingehend umgestaltet, dass die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt und sich unsere Leistungspflicht auf die prämienfreie Versicherungsleistung reduziert. Ein Umwandeln dieser Zusatzversicherung ohne gleichzeitiges Umwandeln der Hauptversicherung ist nicht möglich. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung der Prämienfreistellung, ob Ihrem Interesse nicht durch eine der in § 10 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann.

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

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

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

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

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

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

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

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

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

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

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

Wartezeiten: Im Rahmen des Versicherungsschutzes aus dieser Zusatzversicherung (§ 1) besteht nur bei 3 Erkrankungen/Leistungsauslösern eine Wartezeit (vergleiche § 1 Absatz 2). Diese beträgt bei einem "invasiv wachsenden Krebs" (Anlage SEL - Ziffern I.2. und I.3.) 6 Monate sowie bei einer "Angioplastie" (Anlage SEL - Ziffer II.4.) und bei einer "Bypass-Operation" (Anlage SEL - Ziffer II.5.) jeweils 3 Monate.
Im Rahmen der Mitversicherung von Kindern (§ 2) besteht eine Wartezeit von 6 Monaten. Diese Wartezeit kommt dann nicht zum Tragen, wenn ein leibliches Kind erst später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird, denn die Wartezeit beginnt bei leiblichen Kindern bereits mit Versicherungsbeginn. Die 6-monatige Wartezeit kommt bei der Mitversicherung von leiblichen Kindern also allenfalls dann ganz oder teilweise zum

Tragen, wenn das leibliche Kind zum Zeitpunkt des Versicherungsbeginns bereits geboren war oder wenn es innerhalb der Wartezeit geboren wird. Für Stiefkinder und adoptierte Kinder kann ein abweichender Beginn der Wartezeit gelten (vergleiche § 2 Absatz 4).

Anlage SEL: Versicherte schwere Erkrankungen und sonstige Leistungsauslöser (GN313196_202003)

Diese Anlage ist Bestandteil Ihrer Bedingungen für die NÜRNBERGER ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung (NESZ). Wir listen Ihnen damit die versicherten schweren Erkrankungen sowie die sonstigen versicherten Leistungsauslöser auf.

Bei den derzeit praxisrelevantesten schweren Erkrankungen, nämlich

- invasiv wachsender Krebs (Ziffer I.2.),
- Herzinfarkt (Ziffer II.9.),
- Schlaganfall (Ziffer II.14.) und
- Multiple Sklerose (Ziffer IV.29.),

stellen wir Ihnen einen 2-stufigen Versicherungsschutz zur Verfügung: Unter jeweils näher bezeichneten Voraussetzungen (siehe Ziffer I.3., II.10., II.15. und IV.30.) besteht gegebenenfalls Anspruch auf eine versicherte Teilsumme (50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR), obwohl der eigentliche Versicherungsfall nicht bzw. noch nicht vorliegt. Der Versicherungsvertrag wird bei Auszahlung einer Teilsumme nicht beendet, sondern mit der restlichen Versicherungssumme fortgeführt. Bitte beachten Sie: Teilsummen für Kinder und Jugendliche gelten nur dann, wenn das Kind selbst versicherte Person ist (§ 1 der Bedingungen für die NESZ), nicht hingegen im Rahmen einer automatischen Mitversicherung des Kindes (§ 2 der Bedingungen für die NESZ).

Nur für folgende Erkrankungen bzw. Leistungsauslöser besteht eine Wartezeit im Sinne von § 1 Absatz 2 der Bedingungen für die NESZ.

- Invasiv wachsender Krebs (Ziffer I.2. und I.3.): 6 Monate
- Angioplastie (Ziffer II.4.): 3 Monate
- Bypass-Operation (Ziffer II.5.): 3 Monate

Im Rahmen der automatischen Mitversicherung von Kindern (§ 2 der Bedingungen für die NESZ) besteht eine Wartezeit von jeweils 6 Monaten. Diese Wartezeit kommt dann nicht zum Tragen, wenn ein leibliches Kind erst später als 6 Monate nach dem Versicherungsbeginn geboren wird. Denn wir bieten für mitversicherte Kinder schon ab der Geburt Versicherungsschutz. Und die Wartezeit beginnt bei leiblichen Kindern nicht erst mit der Geburt, sondern bereits mit Versicherungsbeginn.

Bei einigen schweren Erkrankungen bzw. sonstigen Leistungsauslösern haben wir klargestellt, dass die Erkrankung nicht versichert ist, wenn sie mittelbar oder unmittelbar durch

- Alkoholmissbrauch,
- Drogenkonsum oder
- eine absichtliche Vergiftung

ausgelöst wurde.
Drogenkonsum meint hierbei den Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sog. Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten).
Diese klarstellenden Hinweise lassen § 4 der Bedingungen für die NESZ unberührt, d. h. für alle schweren Erkrankungen (bzw. sonstigen Leistungsauslöser) gelten die Ausschlüsse nach § 4 der Bedingungen für die NESZ unverändert.

Inhaltsübersicht zu Anlage SEL

I. Gut- und bösartige Tumore

1. Gutartiger Hirntumor
2. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
3. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für Teilsumme

II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

4. Angioplastie
5. Bypass-Operation
6. Erste Operation an den Herzklappen
7. Konstriktive Perikarditis
8. Kardiomyopathie
9. Herzinfarkt - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
10. Herzinfarkt - Voraussetzungen für Teilsumme
11. Herztransplantation
12. Offene Operation an der Körperschlagader (Aorta)
13. Operiertes Gehirnaneurysma
14. Schlaganfall - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
15. Schlaganfall - Voraussetzungen für Teilsumme

III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

16. Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion
17. Fortgeschrittenes Rheuma (rheumatoide Arthritis)
18. Schwere Erkrankung der Lunge
19. Schwere Leberfunktionsstörung
20. Schweres dialysepflichtiges Nierenversagen
21. Systemischer Lupus erythematodes
22. Organtransplantation (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse)

IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

23. Akute bakterielle Meningitis
24. Alzheimer Erkrankung vor dem 67. Geburtstag
25. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)
26. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK)
27. Familiäre Motoneuronerkrankung (MND)
28. Kinderlähmung
29. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme
30. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für Teilsumme
31. Multisystematrophie (MSA)
32. Muskeldystrophie
33. Offene Operation im Gehirn
34. Parkinson-Krankheit
35. Progressive supranukleäre Blickparese
36. Primäre Lateralsklerose (PLS)
37. Progressive Bulbärparalyse
38. Progressive spinale Muskelatrophie
39. Querschnittslähmung
40. Schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems vor dem 67. Geburtstag, insbesondere eine virale oder bakterielle Enzephalitis (z. B. ausgelöst durch FSME-Viren, Herpes-Viren) und Meningoenzephalitis (z. B. ausgelöst durch Meningokokken, Pneumokokken, Listerien, Tuberkuloseerreger)

V. Verletzungen

41. Amputation eines Armes oder Beines
42. Funktionsausfall oder Verlust eines Armes oder Beines
43. Schwere Verbrennung, Verätzung, Erfrierung
44. Schwere Verletzung des Kopfes und des Gehirns
45. Verlust von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls

VI. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Infektionen

46. Aplastische Anämie
47. Fortgeschrittene Hepatitis C durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
48. Fortgeschrittene Hepatitis C und/oder HIV-Infektion durch Transfusion von Blutprodukten
49. HIV-Infektion durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit
50. Knochenmark-Transplantation

VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

51. Koma
52. Pflegebedürftigkeit 15. - 67. Geburtstag
53. Verlust der Sprache
54. Verlust des Hörens (Taubheit)
55. Verlust des Sehens (Blindheit)

I. Gut- und bösartige Tumore

1. Gutartiger Hirntumor

Versichert ist die erste Diagnose eines gutartigen Tumors (Neubildung von Gewebe) im Gehirn, der Hirnnerven, der Hirnhäute oder des Rückenmarks.

Nicht versichert sind Zysten, Abszesse und Hämatome.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund des gutartigen Tumors besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Querschnittslähmung
- Tetraplegie
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Schwere Schluckstörungen mit der Unfähigkeit, Flüssigkeiten ohne Verschlucken zu sich zu nehmen (Dysphagie)
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

2. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose eines invasiv wachsenden Krebses. Invasiv wachsend ist der Krebs bei Vorliegen eines unkontrollierten Wachstums bösartiger Zellen, die dabei in gesundes Gewebe eindringen, dieses zerstören sowie streuen (metastasieren) können. Versichert sind auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkerkrankungen.

Nicht versichert sind:

- Tumore, die nicht eindeutig bösartig sind (Prämaligne Tumore und Borderline Tumore)
- Alle Formen von Hautkrebs außer dem malignen Melanom (schwarzer Hautkrebs)
- Frühformen von Krebs (Carcinoma in situ (cis))

Leistungsvoraussetzungen:
Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund des invasiv wachsenden Krebses mindestens eine der folgenden Therapieformen medizinisch notwendig ist:

- Operation mit begleitender Chemo- und/oder Strahlentherapie
- Chemotherapie
- Strahlentherapie bei inoperablen Tumoren
- Palliative Therapie (Therapie bei Krebserkrankungen, bei denen keine Heilung möglich ist)

Die Erkrankung und deren medizinische Therapienotwendigkeit müssen durch einen entsprechenden Facharzt anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Wartezeit:
Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 2 der Bedingungen für die NESZ) von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist ein invasiv wachsender Krebs, der innerhalb der Wartezeit diagnostiziert wird. Auf die Therapieform und/oder deren medizinische Notwendigkeit kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

3. Invasiv wachsender Krebs - Voraussetzungen für Teilsumme

Wir leisten eine Teilsumme (§ 1 Absatz 4 der Bedingungen für die NESZ) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR, wenn statt der unter Ziffer I.2. genannten Therapienotwendigkeiten mindestens eine der folgenden Therapieformen medizinisch notwendig ist:

- Operative Totalentfernung des Tumors
- Strahlentherapie

Alle sonstigen unter Ziffer I.2. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsumme.

II. Erkrankungen des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

4. Angioplastie

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Aufweitung mindestens zweier zu jeweils mehr als 70 % verengter Herzkranzgefäße durch eine Herzkatheteruntersuchung.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Aufweitung der Herzkranzgefäße durch eine Herzkatheteruntersuchung muss erfolgt sein. Die Operation, deren medizinische Notwendigkeit und der Grad der Verengung müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

Wartezeit:
Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 2 der Bedingungen für die NESZ) von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist eine Angioplastie (Aufweitung), für deren medizinische Notwendigkeit sich bereits innerhalb der Wartezeit Hinweise (z. B. Beschwerden) ergaben. Auf den Zeitpunkt der Durchführung der Angioplastie kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

5. Bypass-Operation

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation am Herzen, bei der mindestens ein Bypass aufgrund einer Herzkranzgefäßverengung eingesetzt wird und die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:

- Eröffnung des Brustkorbs mittels Durchtrennen des Brustbeins
- Eröffnung des Herzbeutels

Leistungsvoraussetzungen:
Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Kardiologie, für Herzchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

Wartezeit:
Für diese Erkrankung besteht eine Wartezeit (§ 1 Absatz 2 der Bedingungen für die NESZ) von 3 Monaten ab Versicherungsbeginn. Nicht versichert ist eine Bypass-Operation, für deren medizinische Notwendigkeit sich bereits innerhalb der Wartezeit Hinweise (z. B. Beschwerden) ergaben. Auf den Zeitpunkt der Durchführung der Bypass-Operation kommt es in diesem Zusammenhang nicht an.

6. Erste Operation an den Herzklappen

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation (offen sowie endoskopisch) an mindestens einer Herzklappe, um diese zu reparieren oder zu ersetzen, wenn zuvor noch keine Operation an dieser oder einer anderen Herzklappe erfolgte.

Nicht versichert sind die reine Aufweitung einer Herzklappe (Ballondilatation) und die Rotablation von Herzklappen.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit sowie das Fehlen vorausgegangener Herzklappenoperationen müssen durch einen Facharzt für Kardiologie, für Herzchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

7. Konstriktive Perikarditis

Versichert ist die erste Diagnose einer konstriktiven Perikarditis als Folge einer akuten Perikarditis mit entsprechendem narbigen Umbau (Fibrose und Kalzifikation = Verkalkung) des Herzbeutels (Perikards).

Leistungsvoraussetzungen:
Mindestens eines der folgenden Kriterien muss erfüllt sein:

- Dauerhafte Einschränkung der Herzfunktion mit reduzierter Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 45 % (EF < 45 %)
- Medizinische Notwendigkeit der operativen (Teil-)Entfernung des Herzbeutels und erfolgte Durchführung der Operation

Die Erkrankung, die Einschränkung und die medizinische Notwendigkeit der operativen (Teil-)Entfernung sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

8. Kardiomyopathie

Versichert ist die erste Diagnose einer Kardiomyopathie.

Nicht versichert sind Herzvergrößerungen, Myokarditis, erworbene Kardiomyopathien oder ähnliche Krankheitsbilder, die mittelbar oder unmittelbar durch Vergiftung, Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurden. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sog. Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten im Ruhezustand Luftnot oder andere Beschwerden gemäß klinischen Stadiums NYHA III vorliegen. Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 7 Absatz 8 der Bedingungen für die NESZ).

9. Herzinfarkt - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose eines frisch aufgetretenen Herzinfarkts (Stemi und Non-Stemi). Nicht versichert sind Angina pectoris und Entzündungen des Herzmuskels.

Leistungsvoraussetzungen:
Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund des frisch aufgetretenen Herzinfarkts nach dessen Auftreten und während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten eine Herzleistungsschwäche in Form einer reduzierten Auswurfleistung der linken Herzkammer von weniger als 45 % (EF < 45 %) besteht.
Der Herzinfarkt und die deswegen eintretende Herzleistungsschwäche sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

10. Herzinfarkt - Voraussetzungen für Teilsumme

Wir leisten eine Teilsumme (§ 1 Absatz 4 der Bedingungen für die NESZ) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR, nach einem frisch aufgetretenen Herzinfarkt, ohne dass die unter Ziffer II.9. beschriebene Herzleistungsschwäche vorliegen muss.
Alle sonstigen unter Ziffer II.9. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsumme.

11. Herztransplantation

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation des Herzens.

Leistungsvoraussetzungen:
Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird. Die medizinische Notwendigkeit der Herztransplantation muss durch einen Facharzt für Kardiologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme auf eine international anerkannte Warteliste für Organtransplantationen nachgewiesen werden.

12. Offene Operation an der Körperschlagader (Aorta)

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation an der Körperschlagader (Aorta) aufgrund einer lebensbedrohlichen Erkrankung, bei der eine Öffnung des Bauchraums oder des Brustkorbs mit anschließendem direkten Eingriff an der Körperschlagader erfolgt.

Nicht versichert sind operative Eingriffe mittels eines Katheters oder Endoskops sowie Eingriffe an den von der Körperschlagader abgehenden Gefäßen.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Gefäßchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

13. Operiertes Gehirnaneurysma

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit der operativen Behandlung eines im Bereich des Gehirns liegenden Aneurysmas (Gefäßaufweitung einer Hirnschlagader) mit einem Mindestumfang von 25 Millimetern.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Operation muss erfolgt sein. Die Operation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Neurologie, für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

14. Schlaganfall - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose eines neu aufgetretenen Schlaganfalls aufgrund einer Durchblutungsstörung oder einer Blutung, jeweils im Bereich des Gehirns.

Nicht versichert sind transitorische ischämische Attacken (TIA) und Migräneerkrankungen.

Leistungsvoraussetzungen:
Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund des Schlaganfalls nach dessen Eintritt und während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten besteht:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Vollständiger Verlust der Wahrnehmung der betroffenen Körperseite (Agnosie)
- Schwere Schluckstörungen mit der Unfähigkeit, Flüssigkeiten ohne Verschlucken zu sich zu nehmen (Dysphagie)
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

15. Schlaganfall - Voraussetzungen für Teilsumme

Wir leisten eine Teilsumme (§ 1 Absatz 4 der Bedingungen für die NESZ) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR, wenn die unter Ziffer II.14. genannten Einschränkungen nicht vorliegen.
Alle sonstigen unter Ziffer II.14. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsumme.

III. Erkrankungen der inneren Organe außer des Herzens und des Herz-Kreislauf-Systems

16. Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion

Versichert ist die erste Diagnose eines Ausfalls der Bauchspeicheldrüsen-Funktion.

Nicht versichert ist ein dauerhafter Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion, der mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sog. Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Der Ausfall der Bauchspeicheldrüsen-Funktion ist dauerhaft und aufgrund dessen liegt während der Versicherungsdauer ein vollständiger Verlust aller nachfolgenden Funktionen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten vor:

- Verdauung von Fett
- Verdauung von Eiweiß
- Blutzuckerregulation (Entstehung eines insulinpflichtigen Diabetes mellitus)

Die Erkrankung, der Verlust der Funktionen und dessen Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

17. Fortgeschrittenes Rheuma (rheumatoide Arthritis)

Versichert ist die erste Diagnose eines fortgeschrittenen Rheumas (rheumatoide Arthritis).

Leistungsvoraussetzungen:
Das fortgeschrittene Rheuma (rheumatoide Arthritis) schreitet weiter fort und aufgrund dessen bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
  Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
  Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
  Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft: Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie 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 Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, das weitere Fortschreiten, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Rheumatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 7 Absatz 8 der Bedingungen für die NESZ).

18. Schwere Erkrankung der Lunge

Versichert ist die erste Diagnose eine schwere Erkrankung der Lunge.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der Erkrankung sind während der Versicherungsdauer die folgenden beiden Bedingungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten erfüllt:

- Der Lungenfunktionswert FEV1 liegt unter 40 % (FEV1 < 40 %).
- Eine dauerhafte Sauerstoffgabe ist medizinisch notwendig.

Die Erkrankung, die Bedingungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Pneumologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

19. Schwere Leberfunktionsstörung

Versichert ist die erste Diagnose einer fortgeschrittenen Lebererkrankung.

Nicht versichert sind eine Erkrankung der Leber und Leberfunktionsstörungen, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum oder durch eine von der versicherten Person absichtlich herbeigeführte Vergiftung ausgelöst wurden. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sog. Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der Lebererkrankung bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 2 der folgenden Funktionsstörungen, die nicht vollständig durch Medikamente beherrschbar sind:

- Dauerhafte Gelbsucht (Ikterus)
- Schwere Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen im Sinne einer leberbedingten Gehirnschädigung (hepatische Enzephalopathie)
- Wasseransammlungen im Bauchraum (Aszites)
- Krampfadern in der Speiseröhre oder im Magen (Varizen)
- Schwere Blutungsneigung durch eine dauerhafte Verringerung der durch die Leber gebildeten Gerinnungsbestandteile des Blutes (Quickwert < 40 %)

Die Erkrankung und die Funktionsstörungen sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

20. Schweres dialysepflichtiges Nierenversagen

Versichert ist die erste Diagnose eines nicht wiederherstellbaren Funktionsverlusts beider Nieren.

Nicht versichert ist ein Funktionsverlust beider Nieren, der mittelbar oder unmittelbar durch Drogenkonsum oder Medikamentenkonsum (es sei denn, die Einnahme war medizinisch notwendig) ausgelöst wurde. § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Es erfolgt eine regelmäßige Dialyse (Blutwäsche) und diese ist medizinisch notwendig. Die Erkrankung und die medizinische Notwendigkeit der regelmäßigen Dialyse müssen durch einen Facharzt für Nephrologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

21. Systemischer Lupus erythematodes

Versichert ist die erste Diagnose eines fortschreitenden systemischen Lupus erythematodes.

Leistungsvoraussetzungen:
Der fortschreitende systemische Lupus erythematodes besteht mit einer Beteiligung von mindestens 2 verschiedenen der folgenden Organe: Gehirn, Nieren, Herz, Lunge. Die Erkrankung und die Beteiligung von Organen müssen durch einen Facharzt für Rheumatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 7 Absatz 8 der Bedingungen für die NESZ).

22. Organtransplantation (Leber, Niere, Lunge, Bauchspeicheldrüse)

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation der Leber, der Niere, der Lunge und/oder der Bauchspeicheldrüse.

Nicht versichert sind:
- Sogenannte Inselzelltransplantationen
- Organspenden der versicherten Person an eine dritte Person

Leistungsvoraussetzungen:
Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird. Die medizinische Notwendigkeit der Organtransplantation muss durch einen Facharzt für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme in eine international anerkannte Warteliste für Organtransplantationen nachgewiesen werden.

IV. Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems

23. Akute bakterielle Meningitis

Versichert ist die erste Diagnose einer akuten bakteriellen Meningitis

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der akuten bakteriellen Meningitis besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
- Querschnittslähmung
- Tetraplegie
- Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
- Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
- Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
- Epilepsie
- Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

24. Alzheimer-Erkrankung vor dem 67. Geburtstag

Versichert ist die erste Diagnose einer Alzheimer-Erkrankung.

Nicht versichert ist eine Alzheimer-Erkrankung, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde oder bei der lediglich der Verdacht auf eine Alzheimer-Erkrankung diagnostiziert bzw. bestätigt wird. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sog. Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Alzheimer-Erkrankung muss vor der Vollendung des 67. Lebensjahrs der versicherten Person fachärztlich diagnostiziert worden sein. Aufgrund der Alzheimer-Erkrankung bestehen während der Versicherungsdauer und vor Vollendung des 67. Lebensjahrs mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
  Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
  Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
  Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
  Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie 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 Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit vor Vollendung des 67. Lebensjahrs und während der Versicherungsdauer, die einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen vor dem 67. Lebensjahr durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 7 Absatz 8 der Bedingungen für die NESZ).

25. Amyotrophische Lateralsklerose (ALS)

Versichert ist die erste Diagnose einer amyotrophischen Lateralsklerose.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der amyotrophischen Lateralsklerose bestehen während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten Nervenfunktionsstörungen. Die Erkrankung, die Nervenfunktionsstörungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

26. Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung (CJK)

Versichert ist die erste Diagnose einer Creutzfeldt-Jakob-Erkrankung.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

27. Familiäre Motoneuronerkrankung (MND)

Versichert ist die erste Diagnose einer familiären Motoneuronerkrankung.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der familiären Motoneuronerkrankung bestehen während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten Nervenfunktionsstörungen. Die Erkrankung, die Nervenfunktionsstörungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

28. Kinderlähmung

Versichert ist die erste Diagnose einer akuten Kinderlähmung.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der akuten Kinderlähmung müssen mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten bestehen:

- Fortbewegen im Zimmer:
  Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
  Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
  Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
  Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie 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 Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Kinderlähmung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

29. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für volle Versicherungssumme

Versichert ist die erste Diagnose einer Multiplen Sklerose.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Multiple Sklerose führt während der Versicherungsdauer zu Einschränkungen bzw. Ausfallerscheinungen.
Wir leisten die volle Versicherungssumme, wenn aufgrund der Multiplen Sklerose mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten besteht:

- Fortbewegen im Zimmer:
  Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
  Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.

- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
  Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
  Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie 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 Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens einer der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

30. Multiple Sklerose - Voraussetzungen für Teilsumme

Wir leisten eine Teilsumme (§ 1 Absatz 4 der Bedingungen für die NESZ) in Höhe von 50 % der Versicherungssumme, maximal 25.000 EUR, wenn neurologische Ausfallerscheinungen aufgrund der Multiplen Sklerose bestehen, aber die unter Ziffer IV.29 genannten Einschränkungen nicht vorliegen.

Alle sonstigen unter Ziffer IV.29. genannten Definitionen, Leistungsvoraussetzungen und Regelungen gelten in gleicher Weise auch für die Leistung einer Teilsumme.

31. Multisystematrophie (MSA)

Versichert ist die erste Diagnose einer Multisystematrophie (MSA).

Leistungsvoraussetzungen:
Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

32. Muskeldystrophie

Versichert ist die erste Diagnose einer Muskeldystrophie.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der Muskeldystrophie besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Der Versicherte kann nicht mehr als 200 Meter am Stück auf ebenem Grund gehen.
- Der Versicherte kann nicht mehr als 6 Stufen ohne Festhalten oder Stehenbleiben gehen.
- Die Vitalkapazität der Lunge des Versicherten liegt unter 50 %.

Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

33. Offene Operation im Gehirn

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit einer Operation im Gehirn oder in anderen im Schädel liegenden Strukturen.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Operation muss erfolgt und die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sein:

- Eröffnung des Schädels durch Entfernen eines Teils des Schädelknochens mit nachfolgender Manipulation von Strukturen innerhalb des Schädels
- Mindestens eine der folgenden Funktionseinschränkungen tritt nach der Operation auf und besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:
  - Vollständige Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
  - Querschnittslähmung
  - Tetraplegie
  - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
  - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
  - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
  - Epilepsie
  - Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Operation, deren medizinische Notwendigkeit, die Funktionseinschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

34. Parkinson-Krankheit

Versichert ist die erste Diagnose einer Parkinson-Krankheit.

Nicht versichert ist eine Parkinson-Erkrankung, die mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde oder bei der lediglich der Verdacht auf eine Parkinson-Erkrankung diagnostiziert bzw. bestätigt wird. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sog. Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der Parkinson-Krankheit bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
  Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
  Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
  Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
  Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie 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 Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 7 Absatz 8 der Bedingungen für die NESZ).

35. Progressive supranukleäre Blickparese

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven supranukleären Blickparese. Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

36. Primäre Lateralsklerose (PLS)

Versichert ist die erste Diagnose einer primären Lateralsklerose.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der primären Lateralsklerose bestehen während der Versicherungsdauer mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Fortbewegen im Zimmer:
  Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
  Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
  Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
  Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie 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 Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Erkrankung, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 7 Absatz 8 der Bedingungen für die NESZ).

37. Progressive Bulbärparalyse

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven Bulbärparalyse.

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

38. Progressive spinale Muskelatrophie

Versichert ist die erste Diagnose einer progressiven spinalen Muskelatrophie.

Die Erkrankung muss durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert werden.

39. Querschnittslähmung

Versichert ist die erste Diagnose einer Querschnittslähmung.

Leistungsvoraussetzungen:
Aufgrund der Querschnittslähmung besteht während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Funktionseinschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten:

- Vollständige Tetraplegie (Lähmung beider Arme und beider Beine)
- Vollständige Hemiplegie (Lähmung einer Körperseite)
- Vollständige Paraplegie (Lähmung der unteren Körperhälfte)

Die Querschnittslähmung und deren Dauer müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

40. Schwere Erkrankung des zentralen Nervensystems vor dem 67. Geburtstag, insbesondere eine virale oder bakterielle Enzephalitis (z. B. ausgelöst durch FSME-Viren, Herpes-Viren) und Meningoenzephalitis (z. B. ausgelöst durch Meningokokken, Pneumokokken, Listerien, Tuberkuloseerreger)

Versichert ist die erste Diagnose einer Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, insbesondere eine virale oder bakterielle Enzephalitis (z. B. ausgelöst durch FSME-Viren, Herpes-Viren) und Meningoenzephalitis (z. B. ausgelöst durch Meningokokken, Pneumokokken, Listerien, Tuberkuloseerreger).

Leistungsvoraussetzungen:
Es ist zu unterscheiden, ob die Erkrankung vor oder nach Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert wird:

i. Eine Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, die erstmals nach Vollendung des 4. Lebensjahrs aber vor Vollendung des 67. Lebensjahrs diagnostiziert wird, muss während der Versicherungsdauer und vor Vollendung des 67. Lebensjahrs mindestens zu einer der folgenden Einschränkungen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten führen:

   - Unmöglichkeit des Gehens von mehr als 200 Metern über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel
   - Auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße ist Essen oder Trinken ohne Hilfe einer anderen Person unmöglich.
   - Verlust der Sprache
   - Verlust der Funktion mindestens eines Armes oder Beines

   Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

ii. Eine Erkrankung des Gehirns und/oder des Rückenmarks, die erstmals vor Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert wird, muss vor Vollendung des 5. Lebensjahrs und während der Versicherungsdauer mindestens zu einer der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 12 Monaten führen:

   - Vollständiger Stillstand der kindlichen Entwicklung in den Bereichen motorische, kognitive, emotionale, soziale und sprachliche Entwicklung
   - Vollständiger und dauerhafter Verlust der bis dato erlangten Entwicklungsstufen der motorischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und sprachlichen Entwicklung.

   Die Erkrankung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

V. Verletzungen

41. Amputation eines Armes oder Beines

Versichert ist die erste Diagnose der medizinischen Notwendigkeit der Abtrennung (= Amputation) mindestens eines Armes oder Beines oberhalb des Ellenbogen- oder Kniegelenks.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Amputation muss erfolgt sein. Die Amputation und deren medizinische Notwendigkeit müssen durch einen Facharzt für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt werden.

42. Funktionsausfall oder Verlust eines Armes oder Beines

Versichert ist jeweils folgende erste Diagnose:

- Vollständiger Funktionsausfall mindestens eines Armes oder Beines.
- Komplette Abtrennung mindestens eines Armes oder Beines in Höhe des Oberarms oder Oberschenkels

Leistungsvoraussetzungen:
Der Funktionsausfall darf nicht durch Hilfsmittel zu beheben sein. Der Funktionsausfall bzw. die Abtrennung muss durch einen Facharzt für Neurologie, für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

43. Schwere Verbrennung, Verätzung, Erfrierung

Versichert ist jeweils folgende erste Diagnose:

- Verbrennung dritten Grades, die mindestens 20 % der Körperoberfläche betrifft
- Verätzung und/oder Erfrierung, die dem vorab genannten Schweregrad entspricht

Leistungsvoraussetzungen:
Die Verbrennung, Verätzung bzw. Erfrierung muss während der Versicherungsdauer erfolgt sein und durch einen Facharzt für Dermatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

44. Schwere Verletzung des Kopfes und des Gehirns

Versichert ist die erste Diagnose einer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven.

Leistungsvoraussetzungen:
Es ist zu unterscheiden, ob die Verletzung vor oder nach Vollendung des 4. Lebensjahrs eingetreten ist:

i. Aufgrund einer während der Versicherungsdauer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven, die nach Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert bzw. bestätigt wird, muss während der Versicherungsdauer ununterbrochen für einen Zeitraum von länger als 3 Monaten eine der folgenden Einschränkungen bestehen, die sich nicht bessern lässt:

   - Lähmung einer Körperseite (Hemiplegie, Hemiparese)
   - Querschnittslähmung
   - Tetraplegie
   - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
   - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
   - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
   - Epilepsie
   - Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

   Die Verletzung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Neurologie, für Neurochirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards eindeutig diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

ii. Aufgrund einer während der Versicherungsdauer durch eine Kopfverletzung unmittelbar verursachten Schädigung des Gehirns und/oder der Gehirnnerven, die vor Vollendung des 4. Lebensjahrs diagnostiziert bzw. bestätigt wird, muss während der Versicherungsdauer mindestens eine der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 12 Monaten bestehen:

   - Vollständiger Stillstand der kindlichen Entwicklung in den Bereichen motorische, kognitive, emotionale, soziale und sprachliche Entwicklung
   - Vollständiger und dauerhafter Verlust der bis dato erlangten Entwicklungsstufen der motorischen, kognitiven, emotionalen, sozialen und sprachlichen Entwicklung.

   Die Verletzung, die Einschränkung und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, für Kinderchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards eindeutig diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Der Versicherte muss die bestmögliche Behandlung vornehmen (§ 7 Absatz 8 der Bedingungen für die NESZ).

45. Verlust von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts von Grundfähigkeiten infolge eines Unfalls (plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis).

Nicht versichert ist ein Unfall, der mittelbar oder unmittelbar durch Alkoholmissbrauch oder Drogenkonsum ausgelöst wurde. Drogenkonsum meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidrogenmissbrauch ohne Indikation (sog. Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidrogen (Medikamenten). § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Der Unfall ereignet sich während der Versicherungsdauer und innerhalb dieser liegt aufgrund des Unfalls mindestens eine der folgenden Einschränkungen vor:

- Tiefe Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Einflüsse von mehr als 4 Tagen, die nicht durch ein sogenanntes künstliches Koma (medizinisch beabsichtigt eingeleitetes Koma) verursacht wird.
- Vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktionsfähigkeit von mindestens einem Arm oder einem Bein oberhalb (medial) des Ellenbogen- oder Kniegelenks.
- Schwere Kopfverletzung, die dauerhaft zu einem der folgenden Funktionsausfälle führt:
  - Vollständiger Verlust der Sprache (Aphasie)
  - Vollständiger Verlust des Sehens auf mindestens einem Auge
  - Vollständiger Verlust des Hörens auf mindestens einem Ohr
  - Epilepsie
  - Schwere Einschränkungen der Persönlichkeit, die einen vollständigen Verlust der Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Der Unfall und die Einschränkung sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Unfallchirurgie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

VI. Erkrankungen des Blutes und der blutbildenden Organe sowie Infektionen

46. Aplastische Anämie

Versichert ist die erste Diagnose einer aplastischen Anämie mit Ausfall der körpereigenen Bildung von roten und weißen Blutkörperchen sowie der Blutplättchen.

Leistungsvoraussetzungen:
Die aplastische Anämie besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten. Die Erkrankung und deren Dauer müssen durch einen Facharzt für Hämatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

47. Fortgeschrittene Hepatitis C durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit

Versichert ist die erste Diagnose einer Hepatitis C.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Hepatitis C ist fortgeschritten und erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund einer Verletzung oder des direkten Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der folgenden beruflichen Tätigkeiten:

- Personal in Gesundheits- und Heilberufen (zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, medizinische Fachangestellte, medizinische Assistenten)
- Krankenhauspersonal
- Personal in medizinischen Labors
- Personal in Beerdigungsinstituten
- Personal der Rettungsdienste
- Personal der Feuerwehr
- Polizisten

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein.

- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Verletzung oder des Kontakts ein negativer Status für eine Hepatitis-C-Infektion vorlag
- Eindeutige Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker innerhalb der ersten 6 Monate nach der Verletzung oder dem Kontakt
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch eine Verletzung oder den direkten Kontakt mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der genannten beruflichen Tätigkeiten verursacht wurde
- Schwerer durch Medikamente nicht beeinflussbarer Verlauf der Erkrankung mit fortschreitender Zerstörung der Leber in Form einer Leberzirrhose

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

48. Fortgeschrittene Hepatitis-C- und/oder HIV-Infektion durch Transfusion von Blutprodukten

Versichert ist die erste Diagnose einer Hepatitis-C-Infektion und/oder einer HIV-Infektion.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Hepatitis C und/oder HIV-Infektion ist fortgeschritten und erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund der medizinisch notwendigen Verabreichung eines Blutprodukts mittels Transfusion. Die Transfusion erfolgte während der Versicherungsdauer.

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Transfusion von Blutprodukten keine Infektion vorlag
- Eindeutige Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker innerhalb der ersten 6 Monate nach Transfusion
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch die Verabreichung eines Blutprodukts durch eine Transfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags verursacht wurde
- Bei Hepatitis C: schwerer, durch Medikamente nicht beeinflussbarer Verlauf der Erkrankung mit fortschreitender Zerstörung der Leber in Form einer Leberzirrhose

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin, für Transfusionsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

49. HIV-Infektion durch eine bestimmte berufliche Tätigkeit

Versichert ist die erste Diagnose einer HIV-Infektion.

Leistungsvoraussetzungen:
Die HIV-Infektion erfolgte während der Versicherungsdauer sowie aufgrund einer Verletzung oder des direkten Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der folgenden beruflichen Tätigkeiten:

- Personal in Gesundheits- und Heilberufen (zum Beispiel Ärzte, Zahnärzte, Krankenpflegepersonal, medizinische Fachangestellte, medizinische Assistenten)
- Krankenhauspersonal
- Personal in medizinischen Labors
- Personal in Beerdigungsinstituten
- Personal der Rettungsdienste
- Personal der Feuerwehr
- Polizisten

Darüber hinaus müssen alle folgenden Bedingungen erfüllt sein:

- Bestätigung der Infektion mittels eindeutiger Labormarker
- Bestätigung, dass die Infektion eindeutig durch eine Verletzung oder den direkten Kontakt mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten während der Ausübung einer der genannten beruflichen Tätigkeiten verursacht wurde
- Nachweis, dass zum Zeitpunkt der Verletzung oder des Kontakts mit Blut oder körperhaltigen Flüssigkeiten ein negativer Status für eine HIV-Infektion vorlag
- Nachweis, dass die Infektion innerhalb der ersten 6 Monate nach der Verletzung bzw. dem Kontakt aufgetreten ist

Die Bestätigungen/Nachweise sind durch einen Facharzt für Laboratoriumsmedizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung zu erbringen.

50. Knochenmark-Transplantation

Versichert ist die erste Diagnose einer bei der versicherten Person bestehenden medizinischen Notwendigkeit der Transplantation des Knochenmarks.

Nicht versichert sind Knochenmarkspenden der versicherten Person an eine dritte Person.

Leistungsvoraussetzungen:
Eine Durchführung der Transplantation ist nicht Leistungsvoraussetzung. Die Versicherungssumme wird also z. B. auch in dem Fall gezahlt, dass nicht (rechtzeitig) ein geeignetes Transplantat gefunden wird.

Die Transplantationsnotwendigkeit muss durch einen Facharzt für Hämatologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards bestätigt oder durch die Aufnahme in eine international anerkannte Warteliste für Knochenmark-Transplantationen nachgewiesen werden.

VII. Verlust von Fähigkeiten sowie Koma

51. Koma

Versichert ist die erste Diagnose einer ununterbrochenen, tiefen Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Einflüsse (Koma).

Nicht versichert ist ein künstliches Koma (medizinisch beabsichtigt eingeleitetes Koma).

Leistungsvoraussetzungen:
Das Koma liegt während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von mehr als 4 Tagen vor. Das Koma und dessen Dauer müssen durch einen Facharzt für Neurologie oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

52. Pflegebedürftigkeit 15. - 67. Geburtstag

Versichert ist die erste Diagnose der Pflegebedürftigkeit.

Leistungsvoraussetzungen:
Die Pflegebedürftigkeit muss erstmals nach Vollendung des 15., aber vor Vollendung des 67. Lebensjahrs fachärztlich festgestellt worden sein. Innerhalb dieses Zeitraums und während der Versicherungsdauer müssen mindestens 3 der folgenden Einschränkungen ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten bestehen:

- Fortbewegen im Zimmer:
  Die versicherte Person benötigt - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer.
- Aufstehen und Zubettgehen:
  Die versicherte Person kann nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen.
- An- und Auskleiden:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden.
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:
  Die versicherte Person kann - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken.
- Waschen, Kämmen oder Rasieren:
  Die versicherte Person muss von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.
- Verrichten der Notdurft:
  Die versicherte Person benötigt die Unterstützung einer anderen Person, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht alleine säubern kann oder weil sie 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 Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch Verwendung von Mitteln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine hinreichende Einschränkung vor.

Alternativ zum Vorliegen von mindestens 3 der vorgenannten Einschränkungen genügt das Vorliegen schwerer Einschränkungen der Persönlichkeit vor Vollendung des 67. Lebensjahrs, die während der Versicherungsdauer einen vollständigen Verlust der selbstständigen Lebensführung verursachen, d. h. die versicherte Person kann aufgrund einer psychischen, körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderung ihre Angelegenheiten vollständig nicht besorgen und es liegt eine gesetzliche Betreuung vor oder deren Anordnung ist nur aufgrund einer bestehenden Vorsorgevollmacht der versicherten Person unterblieben.

Die Pflegebedürftigkeit, die Einschränkungen und deren Dauer sowie der unmittelbare Zusammenhang müssen durch einen Facharzt für Geriatrie, für Innere Medizin oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

53. Verlust der Sprache

Versichert ist die erste Diagnose des vollständigen Verlusts der Fähigkeit zu sprechen.

Nicht versichert ist ein Verlust der Sprache, der unmittelbar oder mittelbar auf psychischen bzw. psychiatrischen Gründen beruht. § 4 der Bedingungen für die NESZ bleibt unberührt.

Leistungsvoraussetzungen:
Folgende Bedingungen müssen sämtlich erfüllt sein:

- Der Verlust ist nachweislich durch eine Erkrankung oder Schädigung der Stimmbänder entstanden
- Der Verlust ist dauerhaft oder besteht während der Versicherungsdauer ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten
- Der Verlust ist nicht durch zumutbare Hilfsmittel zu bessern oder zu beheben.

Der Sprachverlust und dessen Dauer sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

54. Verlust des Hörens (Taubheit)

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts der Hörfähigkeit.

Leistungsvoraussetzungen:
Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten ein andauernder vollständiger Verlust der Hörfähigkeit beider Ohren vorliegen. Der Hörverlust für gesprochene Wörter (500 Hz bis 3 kHz) muss dabei auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel (> 80 dB) betragen und darf nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte) zu bessern sein. Der Hörverlust und dessen Ausmaß sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

55. Verlust des Sehens (Blindheit)

Versichert ist die erste Diagnose des Verlusts der Sehfähigkeit.

Leistungsvoraussetzungen:
Während der Versicherungsdauer muss ununterbrochen über einen Zeitraum von länger als 3 Monaten ein andauernder vollständiger Verlust der Sehfähigkeit beider Augen vorliegen, der mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Das Restsehvermögen (Restsehschärfe/Visus) beträgt insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60.
- Das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung ist auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt.

Der Sehverlust und dessen Ausmaß dürfen nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brillen oder Kontaktlinsen) zu bessern sein. Der Sehverlust, dessen Ausmaß und Dauer sowie die fehlenden Besserungsmöglichkeiten durch zumutbare Hilfsmittel müssen durch einen Facharzt für Augenheilkunde oder einer anderen entsprechenden Fachrichtung anhand der zum Zeitpunkt des Versicherungsfalls schulmedizinisch anerkannten Standards diagnostiziert bzw. bestätigt werden.

Steuerrechtliche Hinweise (GN274610_202201)

Hiermit informieren wir Sie über wichtige - Ihre Versicherung betreffende - steuerrechtliche Regelungen. Unsere Hinweise entsprechen dem Stand der Steuergesetzgebung bei Vertragsabschluss.

Versicherungssteuer

Die Beiträge zu dieser Versicherung sind gemäß § 4 Absatz 1 Nr. 5 b) VersStG (Versicherungssteuergesetz) steuerfrei, sofern sie der Versorgung der Risikoperson oder der Versorgung von deren (nahen) Angehörigen im Sinne von § 1 Absatz 6 Satz 1 VersStDV dienen (vgl. § 1 Absatz 6 VersStDV). Dies gilt, sofern Sie Ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Bei einem Umzug ins Ausland kann sich dies gegebenenfalls aufgrund nationaler Regelungen im jeweiligen Land ändern. Wurde die Versicherung vor dem 01.01.2022 abgeschlossen, sind die Beiträge in jedem Fall steuerfrei.

Einkommenssteuer

Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schulunfähigkeits- und Erwerbsausfall-Versicherungen

(1) Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schulunfähigkeits- und Erwerbsausfall-Versicherungen sind entsprechend EStG (Einkommenssteuergesetz) steuerlich begünstigt.

(2) Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommenssteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4 EStG) abgezogen werden.

(3) Renten aus Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Schulunfähigkeits- und Erwerbsausfall-Versicherungen sind als abgekürzte Leibrenten nur in Höhe des Ertragsanteils (§ 22 EStG, § 55 EStDV) einkommenssteuerpflichtige Einkünfte.

Falls Zusatzversicherungen eingeschlossen sind:

Alle Zusatzversicherungen

Die Beiträge zu evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherungen können bei der Veranlagung zur Einkommenssteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4 EStG) abgezogen werden.

Unfall-Berufsunfähigkeits- und SchnellHilfe-Renten-Zusatzversicherung

Renten aus Unfall-Berufsunfähigkeits- und SchnellHilfe-Renten-Zusatzversicherungen sind als abgekürzte Leibrenten (Tarife UR und SHR) nur in Höhe des Ertragsanteils (§ 22 EStG, § 55 EStDV) einkommenssteuerpflichtige Einkünfte.

ErnstfallSchutz- und SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung

Kapitalleistungen aus ErnstfallSchutz- und SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherungen (Tarife NESZ und SH) sind stets einkommenssteuerfrei.

Allgemeine Hinweise zum Versicherungsvertrag (GN254710_201807)

Leistungsverpflichtung des Versicherers

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Ihr Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir in der Regel nicht zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus besteht ggf. bereits vorher Versicherungsschutz gemäß den Bestimmungen des "vorläufigen Versicherungsschutzes" nach den Bedingungen im Aufnahmeantrag.

Beitragsverpflichtung des Versicherungsnehmers

"Wer ist Wer" beim Vertrag?
Als "Versicherungsnehmer" sind Sie unser Vertragspartner. Sie haben es auch übernommen, die Beiträge zu zahlen. Die "versicherte Person" hingegen ist die Person, auf deren Gesundheitszustand Ihre Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung abgeschlossen ist. Meist sind "Versicherungsnehmer" und "versicherte Person" ein und dieselbe Person.

Die von Ihnen zum Empfang der Versicherungsleistung bestimmte Person ist "Bezugsberechtigter". Es empfiehlt sich, insbesondere für den Todesfall, stets die Bezugsberechtigung namentlich festzulegen, z. B. Ihren Ehepartner (mit Nennung des Vornamens) oder Ihre Kinder (Name, Anschrift, Geburtsdatum). Prüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob die Bezugsberechtigung noch Ihren Wünschen entspricht.
Die Bezugsberechtigung kann bis zum Eintritt des Todes der versicherten Person jederzeit widerrufen werden, falls sie nicht ausdrücklich als unwiderruflich bezeichnet worden ist.

Vertragspartnerschaft braucht Regeln

Versicherungsbedingungen sind bindend:
Für die Versicherung sind der Antrag und die dazugehörigen Erklärungen sowie die beigefügten Bedingungen maßgebend.

Annahmefrist:
Vorbehaltlich Ihres Widerrufsrechts nach § 8 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) ist der Versicherer berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem Tag der Antragstellung.
Haben wir Ihnen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags unterbreitet, so halten wir uns 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform
Alle uns oder Dritten gegenüber abzugebenden Anzeigen oder Erklärungen bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail). Insbesondere mündliche oder telefonische Erklärungen sind also nicht ausreichend. Schreibt das Gesetz für bestimmte Anzeigen oder Erklärungen eine strengere Form als die Textform vor, ist die gesetzliche Form maßgeblich. Bitte adressieren Sie Ihre Erklärungen und Anzeigen an unsere Generaldirektion:
NÜRNBERGER Versicherung
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg
Fax: 0911 531-3206
E-Mail: info@nuernberger.de

Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie per:
Tel.: 0800 3696000 (kostenfrei)*
Fax: 0800 3699000 (kostenfrei)*
Post: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

*Verbindungen zu 0800er-Nummern werden nicht von allen Telefondienst- oder Netzanbietern ermöglicht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an Ihren persönlichen Anbieter.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
bzw. Postfach 12 53, 53002 Bonn

Beratungs-Service wird gebührenfrei geboten

Die Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, vom Versicherungsnehmer irgendwelche besonderen Gebühren für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

Abschriften oder Ersatzurkunde lieferbar

Gemäß § 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) kann der Versicherungsnehmer jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Er kann außerdem auf seine Kosten die Ausstellung einer Ersatzurkunde für einen abhanden gekommenen oder vernichteten Versicherungsschein verlangen.

Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Sie können jederzeit auch eine Änderung der Zahlungsweise Ihrer laufenden Beiträge beantragen.

Was tun, wenn die laufenden Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?

Wichtige Gründe, wie z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung nicht mehr aufbringen können. Eine überstürzte Kündigung des Vertrags wäre dann sicherlich der schlechteste Ausweg. Lassen Sie sich in einer solchen Situation rechtzeitig von uns beraten. Wir haben je nach Lage Ihres Falls verschiedene Möglichkeiten, Ihnen zu helfen.

Rechtzeitige und vollständige Vorlage der Unterlagen, insbesondere die Angabe Ihrer Kontoverbindung, gewährleistet die prompte Abwicklung Ihrer Ansprüche im Leistungsfall.

Meldungen und Unterlagen an folgende Anschrift:
NÜRNBERGER Versicherung
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg