

Opti5-TopRente

AGENTUR HORST KETELHUT

Vermittlung von starken Versicherungen

Ihre Mehrfach-Versicherungsververtretung

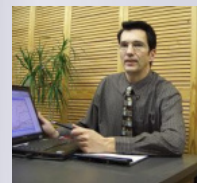
Werraweg 43
33689 Bielefeld

Tel. 05205 - 4233
Fax 05205 - 22980

www.agentur-ketelhut.de

die vertraglichen und gesetzlichen

- ▶ **Grundlagen dieses Versicherungsvertrages
finden Sie ab Seite 2 dieses Dokuments**

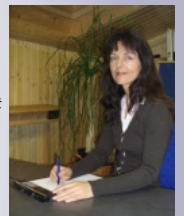


Horst Ketelhut

**Impressum und weitere Informationen zur
AGENTUR HORST KETELHUT**



& Renate Ketelhut



**zu unseren neuesten Versicherungs- und
Anlageempfehlungen**



Highlights der ADCURI-Opti5Rente

A. Diese Leistungen sind versichert:		Opti5Rente Top
Organrente (auch bei Invalidität durch bestimmte schwere Erkrankungen)		✓
Grundfähigkeitenrente (Der Leistungsfall tritt ein, wenn der Verlust einzelner Grundfähigkeiten mindestens mit einer Punktzahl von ... Punkten bewertet wird)		75
Pflegerente ab Pflegegrad		2
Krebsrente	Maximale Dauer der Rentenleistung für Krebserkrankungen • im Stadium I • im Stadium II • im Stadium III • im Stadium IV	6 Monate 12 Monate 36 Monate lebenslang*
Wichtiger Hinweis: Führt eine Krebserkrankung z. B. zu Funktionsbeeinträchtigungen von Organen oder Organ(teil)entnahmen und werden damit die Voraussetzungen für eine der anderen Rentenleistungen erfüllt (z. B. Organrente), so erfolgt in diesem Beispiel eine lebenslange* Rentenzahlung aus der Organrente!		
Unfallrente		✓
B. Weitere Besonderheiten		Opti5Rente Top
Reha-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR		✓
1,5 % Leistungsdynamik kann vereinbart werden, die Leistungsdynamik bewirkt eine jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall		✓
Beitragsfreistellung bei Erhalt der Rentenleistung		✓
Beitragsfreier Versicherungsschutz bis zu 6 Monate bei Arbeitslosigkeit		✓
Die Barmenia verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht		✓
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung		
Die vereinbarte monatliche Rente kann bis zum 45. Lebensjahr der versicherten Person		
• jederzeit • ohne irgendeinen Anlass • insgesamt um maximal 500 EUR (ohne prozentuale Begrenzung) • erhöht werden (sofern noch kein Leistungsfall eingetreten ist)		✓
Innovationsklausel		
Künftige beitragsfreie Bedingungsverbesserungen werden automatisch Vertragsbestandteil		✓
Tägliches Kündigungsrecht - Nach Ablauf der vereinbarten Laufzeit kann der Versicherungsnehmer den Vertrag täglich kündigen		✓

* bei vertraglich vereinbarter lebenslanger Rentenzahlung. Wurde bei Vertragsabschluss eine max. Rentenzahlung bis 67 vereinbart, endet die Renten-/Rentenfortzahlung mit Erreichen dieser Grenze.

C. Spezielle Leistungserweiterungen zur Unfallrente – Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden	Opti5Rente Top
Verbesserte Gliedertaxe	✓
Ertrinken	✓
Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung	✓
Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich	✓
Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug	✓
Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen	✓
Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Staubwolken, Säuren und Ähnliches	✓
Vergiftungen durch Einnahme schädlicher Stoffe und durch Nahrungsmittel	✓
Durch erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung verursachte - Bauch- oder Unterleibsbrüche - Verrenkungen von Gelenken - Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken - sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule (nicht aber Schädigung der Bandscheiben und Verletzungen an Kopf, Lunge, Herz)	✓ ✓ ✓ ✓
Gesundheitsschädigungen durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme	✓
Für den Anspruch auf eine Invaliditätsleistung gelten folgende Fristen: - Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von - Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von - Der Anspruch auf Invaliditätsleistung muss geltend gemacht werden innerhalb von	18 Monaten 24 Monaten 24 Monaten nach dem Unfall

D. Weitere Leistungserweiterungen zur Unfallrente durch Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen	Opti5Rente Top
Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen	✓
Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen – beim Lenken von Kfz gilt dies bis zu einem Blutalkoholgehalt unter 1,3 ‰	✓
Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Medikamente	✓
Versicherungsschutz besteht auch für Unfälle durch Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen durch Übermüdung	✓
Der Ausschluss »Geistes- und Bewusstseinsstörungen« wird nicht angewendet bei - Herzinfarkt - Schlaganfall - epileptischen Anfällen und anderen Krampfanfällen	✓ ✓ ✓
Unfälle bei Raufereien und Schlägereien sind mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war	✓
Gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Kartenanlagen sind versichert (ausschließlich in Europa)	✓
Wenn durch einen Unfall eine organische Erkrankung des Nervensystems oder eine Epilepsie hervorgerufen wurde, leisten wir für die dadurch entstehenden Folgen psychischer Störungen	✓

E. Stabile Beiträge	Opti5Rente Top
Der Adcuri-Tarifbeitrag richtet sich nach dem Eintrittsalter bei Vertragsabschluss. Dieses Eintrittsalter bleibt dann für die Beitragszahlung während des gesamten Vertragsverlaufs gültig. Das ist ein erheblicher Vorteil gegenüber den Gesellschaften, bei denen der Beitrag während der Vertragslaufzeit mit zunehmendem Alter – ggf. jährlich – angepasst wird!	✓

Ihre Barmenia-Invaliditätsversicherung (Opti5Rente Top-Schutz) im Überblick...



Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Damit Sie sich in kurzer Zeit einen Überblick über die wesentlichen Inhalte der Barmenia-Invaliditätsversicherung für Erwachsene (Opti5Rente Top-Schutz) verschaffen können, sind in der folgenden Übersicht nur die wichtigsten Vorteile aufgeführt. **Die Darstellung ist somit nicht vollständig – die ausführlichen verbindlichen Regelungen finden Sie in den "Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Erwachsene Top-Schutz (Opti5Rente Top-Schutz)" ab Seite 5.**

In der Übersicht ist zu den einzelnen Punkten vermerkt, unter welcher Ziffer und auf welcher Seite der Versicherungsbedingungen die ausführlichen verbindlichen Regelungen zu finden sind.

Diese Leistung der Opti5Rente Top-Schutz	finden Sie in den Versicherungsbedingungen	
	auf Seite	unter Ziffer
A. Diese Leistungsarten sind versichert		
Es besteht ein Anspruch auf Rentenleistung, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine der folgenden Leistungsarten nach den Ziffern 1 bis 5 erfüllt sind. Werden gleichzeitig die Voraussetzungen für zwei oder mehr dieser Leistungsarten erfüllt, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe der Rentenzahlung:		
1 Organrente bei einer schweren Schädigung eines wichtigen Organs (z. B. Gehirn, zentrales Nervensystem, Lunge, Nieren, Herz oder Leber) oder bei Vorliegen bestimmter schwerer Erkrankungen;	6	2.1
2 Grundfähigkeitenrente bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (z. B. Sehen, Hören, Sprechen, Orientierung und bei schwerwiegenden Störungen des Stütz- und Bewegungsapparates);	8	2.2
3 Pflegerente bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit (ab Pflegegrad 2 der Pflegepflichtversicherung);	9	2.3
4 Krebsrente bei Feststellung einer Krebserkrankung - hierbei wird die Rente je nach Schweregrad maximal lebenslang* gezahlt;	9	2.4
<u>Wichtiger Hinweis:</u> Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Leistungsvoraussetzungen für die Organrente, Grundfähigkeitenrente oder Pflegerente erfüllt, so wird die Rentenleistung nach den Regelungen der zutreffenden Leistungsart erbracht. Führt eine Krebserkrankung beispielsweise zu Funktionsbeeinträchtigungen von Organen oder Organ(teil)entnahmen und werden damit die Voraussetzungen für die Organrente erfüllt, so erfolgt eine maximal lebenslange* Rentenzahlung aus der Organrente.	9	2.4.4.4
5 Unfallrente schon ab einer 50 %igen Invalidität durch einen Unfall.	10	2.5
Wartezeit Eine Leistung aus der Organrente, Grundfähigkeitenrente oder Krebsrente ist möglich für die Folgen von Erkrankungen, die nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten, vom Vertragsbeginn gerechnet, erstmals aufgetreten sind. Für Leistungsansprüche auf Grund von Multiple Sklerose beträgt die Wartezeit 12 Monate.	6	2
Rehabilitations-Management-Serviceleistungen bis 10.000 EUR	11	3
Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung Ist die versicherte Person nicht älter als 45 Jahre, kann die vereinbarte monatliche Rente – jederzeit – ohne irgendeinen Anlass – insgesamt um maximal 500 EUR erhöht werden.	10	2.6
Diese Möglichkeit ist an bestimmte Voraussetzungen gebunden, z. B. dass noch kein Leistungsfall eingetreten ist.	10	2.6.2 – 2.6.5

* bei vereinbarter maximal lebenslanger Rentenbezugsdauer
(bei Vertragsabschluss kann auch eine Rentenbezugsdauer bis zum 67. Lebensjahr gewählt werden)

Diese Leistung der Opti5Rente Top-Schutz	finden Sie in den Versicherungsbedingungen	
	auf Seite	unter Ziffer
A. Diese Leistungsarten sind versichert (Fortsetzung)		
Übergang einer befristeten in eine dauerhafte Rentenzahlung		
Die Pflegerente wird solange gezahlt, wie eine Einstufung mindestens in Pflegegrad 2 nach deutschem Sozialgesetzbuch besteht.	9	2.3.2
Die Zahlung der Organrente, Grundfähigkeitenrente und Unfallrente ist zunächst auf drei Jahre befristet. Innerhalb dieser drei Jahre nach Zahlung der ersten Monatsrente haben wir das Recht, jährlich eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen. Bei einer Krebserkrankung des Stadiums/Grades IV gilt dies bis zu fünf Jahre. Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, endet zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung.	13	8.2
Sofern bei der Organrente, Grundfähigkeitenrente und Unfallrente länger als drei Jahre, bei einer Krebserkrankung des Stadiums/Grades IV fünf Jahre, ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, wandelt sich der befristete Rentenanspruch in einen dauerhaften Rentenanspruch um und wir zahlen Ihre Rente je nach der vertraglich vereinbarten Rentenzahlungsdauer lebenslang oder bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.		
Beitragsfreistellung		
a) Für die versicherte Person, für die wir eine Rente zahlen, wird der Versicherungsschutz für die Dauer unserer Leistung beitragsfrei gestellt.	14	10.6.1
b) Werden Sie im Vertragsverlauf arbeitslos, führen wir den gesamten Vertrag für bis zu 6 Monate beitragsfrei weiter.	15	10.6.2
B. Spezielle Leistungserweiterungen zur Unfallrente		
Mitversichert sind auch folgende Ereignisse und Gesundheitsschäden:		
– Ertrinken;	10	2.5.2.1 a)
– Tauchtypische Gesundheitsschäden z. B. Caissonkrankheit, Trommelfellverletzung;	10	2.5.2.1 a)
– Erfrierungen;	10	2.5.2.1 b)
– Gesundheitsschäden durch Sonnenbrand und Sonnenstich;	10	2.5.2.1 c)
– Unfreiwilliger Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug (auch Ersticken);	10	2.5.2.1 d)
– Bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschäden wegen der Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen;	10	2.5.2.2
– Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen, Staubwolken und Säuren (nicht aber Berufs-/Gewerbekrankheiten);	10	2.5.2.3
– Vergiftungen (durch Einnahme schädlicher Stoffe) – auch Nahrungsmittelvergiftungen sind versichert;	10	2.5.2.4
– Durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursachte	10	2.5.2.5
– Bauch- oder Unterleibsbrüche,		
– Verrenkungen von Gelenken,		
– Zerrungen und Zerreißen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,		
– sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule,		
nicht aber Schädigung der Bandscheiben und Verletzungen an Kopf, Lunge und Herz;		
– Gesundheitsschädigungen durch nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme;	10	2.5.2.6
– Für den Anspruch auf eine Unfallrente müssen folgende Fristen eingehalten werden:	10	2.5.1.3
– Die Invalidität muss eingetreten sein innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall;		
– Die Invalidität muss ärztlich festgestellt sein innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall;		
– Sie müssen Ihren Anspruch auf Invaliditätsleistung geltend machen innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall;		
– Keine Leistungsminderung bei Mitwirkung von Krankheiten/Gebrechen an den Unfallfolgen bis zu einem Mitwirkungsanteil von 50 %	10	2.5.5
Die Unfallrente zahlen wir für die Folgen eines Unfalls. Wenn bereits vorhandene Krankheiten oder Gebrechen die nach einem Unfall aufgetretenen Gesundheitsschädigungen erst hervorgerufen haben oder verschlimmern, wird unsere Leistung nicht gekürzt, wenn der Anteil der Krankheiten/Gebrechen an den Gesundheitsschäden unter 50 % liegt. Erst wenn der Mitwirkungsanteil darüber liegt, wird bei einer Invalidität der Invaliditätsgrad gekürzt.		
C. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen		
Unter Ziffer 4 der Versicherungsbedingungen sind die Ausschlüsse geregelt. Von diesen Ausschlüssen gelten etliche Ausnahmen, für die wir trotzdem leisten. Hier die wichtigsten Fälle, für die wir auch Versicherungsschutz bieten:		
– Mitversicherung von alkoholbedingten Bewusstseinsstörungen (beim Lenken von Kfz gilt die Mitversicherung bis zu einem Blutalkoholgehalt unter 1,3 ‰);	12	4.2.1 a)
– Mitversicherung von Bewusstseinsstörungen durch Medikamente;	12	4.2.1 b)

Diese Leistung der Opti5Rente Top-Schutz	finden Sie in den Versicherungsbedingungen	
	auf Seite	unter Ziffer
C. Aufhebung/Einschränkung von Ausschlüssen (Fortsetzung)		
– Der Ausschluss "Geistes- und Bewusstseinsstörungen" wird nicht angewendet bei		
– Herzinfarkt;	12	4.2.1 c)
– Schlaganfall;	12	4.2.1 c)
– epileptischen Anfällen oder anderen Krampfanfällen;	12	4.2.1 d)
– Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen durch Übermüdung gelten nicht als Bewusstseinsstörung;	12	4.2.1
– Unfälle bei Raufereien und Schlägereien sind mitversichert, wenn die versicherte Person nicht der Urheber war;	11	4.1.2 a)
– Fahrtveranstaltungen (bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt) sind versichert (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten und Sicherheitstrainings);	12	4.1.5 a)
– Gelegentliche Fahrten mit Leihkarts auf Kartanlagen sind versichert (in Europa);	12	4.1.5 b)
– Gesundheitsschäden durch Röntgen-, Laser-, Maserstrahlen und künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sind versichert;	12	4.2.3
– Versicherungsschutz besteht unter anderem für	12	4.2.5
– Infektionen durch irgendeine Beschädigung der Haut oder durch plötzliches Eindringen infektiöser Massen durch Auge, Mund oder Nase.		
D. Wichtige Obliegenheiten		
– Suchen Sie umgehend einen Arzt auf, sobald eine gesundheitliche Beeinträchtigung entsprechend der versicherten Leistungsarten vorliegen könnte und informieren Sie uns;	12	6.1
– Es gilt nicht als Obliegenheitsverletzung, wenn bei zunächst geringfügig erscheinenden Unfallfolgen ein Arzt zu spät hinzugezogen wird;	12	6.1
– Damit wir unsere Leistung erbringen können, müssen Sie uns schriftliche Berichte der Ärzte insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer der gesundheitlichen Beeinträchtigung einreichen – die Kosten zur Begründung Ihres Leistungsanspruches übernehmen wir in voller Höhe;	13	6.2
– Sie sind verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zu unterziehen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen.	13	6.7
– Folgenlos bleibt eine versehentlich unterbliebene Anzeige bzw. Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, wenn diese nach Erkennen des Versehens unverzüglich nachgeholt wird.	13	7 b)

Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Erwachsene Top-Schutz (Opti5Rente Top-Schutz)



Barmenia
Allgemeine Versicherungs-AG

Hauptverwaltung
Barmenia-Allee 1
42119 Wuppertal

Stand 01.05.2019

Inhaltsübersicht	Seite	Seite
Der Versicherungsumfang	9.3	Kündigung nach Leistungsfall 14
1 Was ist versichert? 6	9.4	Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen 14
2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente? 6	9.5	Versicherungsjahr 14
2.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) 6		Der Versicherungsbeitrag
2.2 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente) 8	10	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
2.3 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente) 9		Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? 14
2.4 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente) 9	10.1	Beitrag und Versicherungssteuer 14
2.5 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente) 10	10.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag 14
2.6 Erhöhung der versicherten monatlichen Rente (Versicherungssumme) ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie) 10	10.3	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag 14
2.7 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) – sofern vereinbart 11	10.4	SEPA-Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/ Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf 14
2.8 Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) – sofern vereinbart 11	10.5	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung 14
3 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen 11	10.6	Beitragsbefreiung 14
4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? 11	10.7	Beitragsanpassung 15
5 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten? 12		Weitere Regelungen
Der Leistungsfall	11	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? 15
6 Was ist bei Eintritt einer Erkrankung und nach einem Unfall sowie während des Bezuges von Rentenleistungen zu beachten (Obliegenheiten)? 12	12	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? 15
7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten? 13	13	Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag? 16
8 Wann sind die Leistungen fällig? 13	14	Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
Die Versicherungsdauer		Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift? .. 16
9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag?	15	Bedingungsänderung 16
Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen? 13	16	Künftige Bedingungsverbesserungen ... 16
9.1 Beginn des Versicherungsschutzes 13	17	Welches Gericht ist zuständig? 16
9.2 Dauer und Ende des Vertrages 13	18	Welches Recht findet Anwendung? 16

Der Versicherungsumfang

1 Was ist versichert?

1.1 Die Opti5Rente Top-Schutz unterscheidet die folgenden fünf Leistungsarten:

- **Organrente**
(Rentenleistung bei Organschäden – siehe Ziffer 2.1);
- **Grundfähigkeitenrente**
(Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten – siehe Ziffer 2.2);
- **Pflegerente**
(Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit – siehe Ziffer 2.3);
- **Krebsrente**
(Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung – siehe Ziffer 2.4) und
- **Unfallrente**
(Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall – siehe Ziffer 2.5).

Unter der für die jeweilige Leistungsart genannten Ziffer dieser Bedingungen finden Sie die jeweils geltenden Leistungsvoraussetzungen und die Angaben zum Beginn und zur Dauer der Rentenleistung. Die für bestimmte Leistungsarten geltenden Wartezeiten finden Sie unter Ziffer 2.

1.2 Unsere Leistung erhalten Sie als monatliche Rente in Höhe der hierfür im Vertrag vereinbarten Versicherungssumme.

Sie haben einen Anspruch auf Rentenleistung, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegen. Werden gleichzeitig die Voraussetzungen für zwei oder mehrere Leistungsarten erfüllt, so hat dies keine Auswirkungen auf die Höhe der Rentenzahlung.

1.3 Eine Rentenzahlung erfolgt ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen. Abweichend hiervon erfolgt die Zahlung einer Unfallrente gemäß Ziffer 2.5 rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

Im Leistungsfall überweisen wir die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

1.4 Versichert sind Leistungsfälle, die vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

2 Unter welchen Voraussetzungen zahlen wir eine Rente?

Wir zahlen die vereinbarte Rente, sobald für mindestens eine der Leistungsarten die jeweiligen Voraussetzungen sowie eine gegebenenfalls geltende Wartezeit erfüllt sind und keine Unversicherbarkeit gemäß Ziffer 5.1 oder Leistungsausschlüsse gemäß Ziffer 4 vorliegen.

Wartezeit

Für die Leistungsarten

- Organrente,
- Grundfähigkeitenrente und
- Krebsrente

gilt eine Wartezeit von 6 Monaten. Für Leistungsansprüche auf Grund von Multiple Sklerose, erhöht sich die Wartezeit auf 12 Monate. Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Für die Leistungsarten Organrente, Grundfähigkeitenrente und Krebsrente gilt:

Liegt der Zeitpunkt

- a) des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder
- b) der Diagnosestellung von Erkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer irreversiblen unter Ziffer 2.1.2 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.1.2 Bewertungsmaßstäbe

2.1.2.1 Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks, die zu einer vollständigen Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 oder mehr Prozent aufgehoben ist. Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.

2.1.2.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die nach einer Prognose

- zu einer dauerhaften Betreuung/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person geführt haben.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

2.1.2.3 Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV.

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktions-

werte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.1.2.4 Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, die z. B. auf Grund von Immunerkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind. Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert 4 mg/dl (350 µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.1.2.5 Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen, wie z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt. Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 % oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 % oder
- die arterielle Sauerstoffsättigung SpO₂ kleiner gleich 50 % ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.1.2.6 Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites),
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre,
- Bilirubinwert im Serum (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l),
- Albuminwert im Serum kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l),
- Quickwert kleiner gleich 40 %.

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein. Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.1.2.7 Schwere Erkrankung (Dread-Disease-Rente)

2.1.2.7.1 Voraussetzung für eine Rente bei schwerer Erkrankung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer der nachfolgend unter 2.1.2.7.2. a) bis h) definierten Erkrankungen. Die Erkrankung und weitere Leistungsvoraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.1.2.7.2 Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit für die genannten Erkan-

kungen entspricht einer Invalidität von mindestens 50 % nach den Bemessungsgrundsätzen von Ziffer 2.5.3. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

a) HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit

Eine während der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person zugezogene HIV-Infektion im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nach Versicherungsbeginn durch eine bei der Berufsausübung erlittene Verletzung oder durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde und bezüglich der die nachfolgend unter aa) bis ff) aufgeführten Bedingungen sämtlich erfüllt sind:

aa) Die versicherte Person hat sich mit dem HIV-Virus bei der Verrichtung einer für ihren Beruf üblichen und typischen Tätigkeit infiziert.

bb) Bei dem Beruf der versicherten Person handelt es sich um einen der folgenden Berufe:

- Ärzte/-innen (Allgemeinärzte/-innen, Fachärzte/-innen etc.)
- Zahnärzte/-innen
- Krankenschwestern/-pfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Altenpfleger/-innen
- Krankenhauspersonal
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelfer/-innen
- Zahnarzthelfer/-innen
- Hebammen
- Sanitäter
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute
- Polizisten/-innen
- Gefängnispersonal
- Zahntechniker/-innen

cc) Die Serokonversion (Bildung von Antikörpern) muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.

dd) Die versicherte Person muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HI-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.

ee) Innerhalb von 12 Monaten nach dem Vorfall müssen HI-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.

ff) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

b) HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion

Eine durch Bluttransfusion erworbene HIV-Infektion – im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht und bezüglich der die folgenden Bedingungen sämtlich erfüllt sind:

aa) Dem Versicherer wird ein

- Schuldanerkenntnis des Herstellers der Bluttransfusion, des Krankenhauses oder der an-

derweitigen Institution, in der die Transfusion verabreicht wurde, oder ein

- rechtskräftiges Urteil vorgelegt, in dem festgestellt wird, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion der versicherten Person im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen liegt.

bb) Die versicherte Person leidet nicht an Hämophilie.

cc) Der Versicherer muss freien Zugang zu allen Blutproben der versicherten Person haben sowie die Möglichkeit erhalten, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen. HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

c) Fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimer'sche Krankheit)

Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist eine durch einen Facharzt für dieses Krankheitsbild diagnostizierte organische, mentale Erkrankung, die durch einen allgemeinen Verlust der intellektuellen Fähigkeiten einschließlich der Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, der Fähigkeit zum abstrakten Denken sowie Änderungen in der Persönlichkeit gekennzeichnet ist und die beim Versicherten zu einer schweren Einschränkung der Alltagskompetenz führt.

Alzheimer'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine durch einen Facharzt für dieses Krankheitsbild diagnostizierte progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirn-atrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist und die bei dem Versicherten zu einer schweren Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne dieser Bedingungen führt.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn die folgenden Bedingungen sämtlich erfüllt sind:

- Die mentalen Fähigkeiten des Versicherten haben sich infolge von fortgeschrittener Demenz oder der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert.
- Die versicherte Person bedarf der Beaufsichtigung, um die Zufügung von Eigenschäden oder die Gefährdung bzw. Schädigung Dritter zu verhüten.
- Im Rahmen von anerkannten Standardtestverfahren erfolgt die Diagnose "Schwere Einschränkung der Alltagskompetenz".
- Die diagnostizierte Einschränkung wird voraussichtlich dauerhaft bestehen.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten auf Grund einer seelischen Erkrankung wie z. B. Depressionen beeinträchtigt sind.

d) Creutzfeld-Jakob-Syndrom

Creutzfeld-Jakob-Syndrom im Sinne dieser Bedingungen ist die seltene, gewöhnlich tödlich verlaufende spongiöse Enzephalopathie gleichen Namens, welche mit Symptomen einer zerebralen Dysfunktion, schwerer fortschreitender Demenz, unkontrollierten Muskelspasmen, Tremor und Athetose einhergeht.

Voraussetzung für die Leistungspflicht des Versicherers ist, dass diese Krankheit von einem Neurologen diagnostiziert oder bestätigt wurde und

- im Rahmen der Diagnose Spongiöse Enzephalitiden anderer Genese als andere mögliche Ur-

sachen für die Symptome explizit ausgeschlossen wurden.

Die versicherte Person ist verpflichtet, sich zur Abklärung der Leistungspflicht auf Verlangen des Versicherers durch einen von diesem bestimmten Facharzt auf Kosten des Versicherers untersuchen zu lassen.

e) Schwere Motoneuronerkrankung

Die Motoneuronerkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist gekennzeichnet durch die fortschreitende Degeneration der Vorderhornzellen oder der bulbären Neuronen und umfasst spinale muskuläre Atrophien, progressive Lähmungen der Hirnnerven, amyotrophe Lateralsklerose und primäre Nervendegeneration.

Ein die Leistungspflicht auslösender Versicherungsfall liegt nur vor, wenn die Erkrankung sich in neurologischen Defiziten manifestiert, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:

aa) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehilfe) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

bb) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen, oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.

f) Polio (Kinderlähmung)

Polio im Sinne dieser Bedingungen ist eine eindeutig diagnostizierte schwere Infektion durch das Poliovirus,

- die zu Lähmungserscheinungen führt, welche sich in Form von eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten motorischen Fähigkeiten äußern, und
- ein neurologisches Defizit verursacht, das sich in Form von dauerhaften, irreversiblen Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

g) Organtransplantationen

Eine Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (nicht hierunter fällt die ausschließliche Transplantation der Langerhans' Inseln) oder Niere von einem Spender auf die versicherte Person als Empfänger.

h) Schwere Verbrennungen

Als schwere Verbrennungen im Sinne dieser Bedingungen gelten nur Verbrennungen ab dem Schweregrad II und von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche. Voraussetzungen für die Leistungspflicht des Versicherers ist der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest.

2.1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist.

Die Rente wird gezahlt

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbartem Leistungsbezug bis 67) oder

- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt (bei vereinbartem lebenslangen Rentenbezug) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.2 vorgenommene Neufeststellung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.2 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

2.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Leistungsfall tritt ein, wenn der Verlust einzelner, nachfolgend definierter Grundfähigkeiten nach den unter Ziffer 2.2.2 aufgeführten Bewertungsmaßstäben zu einer Punktezahl von mindestens 75 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen. Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.2.2 Bewertungsmaßstäbe

Die einzelnen Grundfähigkeiten werden in die folgenden Bewertungskategorien A und B zugeordnet.

2.2.2.1 Grundfähigkeiten der Kategorie A

Versichert ist der vollständige, irreversible Verlust der Grundfähigkeiten

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Sich Orientieren

Der vollständige, irreversible Verlust jeder dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 75 Punkten bewertet.

2.2.2.1.1 Verlust des Sehvermögens (Blindheit)
Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- a) nicht mehr als 1/50 oder
- b) nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- c) nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- d) nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- e) mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Ein Rentenanspruch besteht nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Ansicht die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

2.2.2.1.2 Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge)

nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen. Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen. Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

2.2.2.1.3 Verlust des Hörvermögens (Taubheit)
Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person nach der folgenden Definition auf beiden Ohren vollständig ertaubt ist:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel. Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

2.2.2.1.4 Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren. Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.

2.2.2.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B (Ziffern 2.2.2.2.1 bis 2.2.2.2.4) unterscheidet die folgenden vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

2.2.2.2.1 Obere Extremitäten

Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen oder kann Messer und Gabel nicht gleichzeitig benutzen oder kann kleine Teile wie z. B. einen Bleistift nicht vom Boden aufheben oder kann weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg ausführen.

25 Punkte

Heben und Tragen

Die versicherte Person ist nicht in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

25 Punkte

Arme bewegen

Es ist der versicherten Person nicht möglich, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. Das heißt: Es ist nicht möglich, nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mit jedem Arm anzuziehen.

"Nach hinten greifen" bedeutet hierbei die nach oben und hinten sowie die nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Nackengriff und Schürzenbindergriff) beider Arme.

"Jacke oder Mantel" bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.

"Beide Arme" bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt ist.

25 Punkte

2.2.2.2.2 Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten:

- Treppe hinauf gehen, **15 Punkte**
- Treppe hinunter gehen. **15 Punkte**

Nicht gehen können

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen. Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 10 Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

30 Punkte

Stehen

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten stehen, ohne sich abzustützen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

30 Punkte

Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten.

30 Punkte

2.2.2.2.3 Wirbelsäule und Becken

Sitzen und Erheben

Definition "Sitzen":

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren.

20 Punkte

Definition "sich erheben":

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden).

20 Punkte

"Ohne Gebrauch der Hände und Arme" bedeutet: Ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

Beugen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.

30 Punkte

2.2.2.2.4 Mobilität

Auto fahren

Aus medizinischen Gründen ist der versicherten Person die Fahrberechtigung entzogen worden. Nicht versichert ist der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften. Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse "B" – Stand 2012 – (alt: Führerscheinklasse III). Berufskraftfahrberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung.

30 Punkte

2.2.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung gemäß Ziffer 2.2.1 erstmals ärztlich festgestellt worden ist.

Die Rente wird gezahlt

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbartem Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt (bei vereinbartem lebenslangen Rentenbezug) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.2 vorgenommene Neufeststellung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.3 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

2.3.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person wird während der Vertragslaufzeit in Pflegegrad 2 oder höher nach deutschem Sozialgesetzbuch eingestuft.

2.3.2 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem der Pflegegrad 2 oder höher zuerkannt wurde;
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird gezahlt

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbartem Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt (bei vereinbartem lebenslangen Rentenbezug) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem nicht mehr mindestens Pflegegrad 2 besteht.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall oder die Reduzierung des Pflegegrades unverzüglich zu melden.

2.3.3 Kostenerstattung bei Erst-Pflegeberatung

Wird durch den behandelnden Arzt Pflegebedürftigkeit vermutet, erstatten wir einmalig die Kosten

- eines daraufhin von der versicherten Person in Anspruch genommenen individuellen und persönlichen Erst-Beratungsgesprächs sowie
- die Kosten für eine einmalig in Anspruch genommene Unterstützung bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit.

Der Versicherungsfall beginnt bezogen auf diese Leistung bereits dann, wenn Pflegebedürftigkeit durch den behandelnden Arzt vermutet wird.

2.4 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

2.4.1 Voraussetzung für die Leistung

2.4.1.1 Krebs

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren).

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma-in-situ (TIS),
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3,
- sowie alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II.

2.4.2 Bewertungsmaßstab

2.4.2.1 Krebs – ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

Als Krebserkrankungen im Sinne der Ziffer 2.4.1.1 gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der "TNM classification of malignant tumours, sixth edition" der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen im Sinne von Ziffer 2.4.1.1 berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien, sondern in die "Grade" (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

2.4.2.2 Lymphknotenkrebs

Als Leistungsfall gilt unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknotenkrebs-erkrankung.

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Lymphsystems einschließlich Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien eingeteilt.

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells,
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells,
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

2.4.2.3 Blutkrebs

Als Leistungsfall gilt unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Blutkrebs-erkrankung.

Als Blutkrebs im Sinne dieser Bedingungen gelten alle Tumorformen des Blutes und der blutbildenden Organe einschließlich Leukämie.

Die Blutkrebs-erkrankungen werden je nach Ausprägung in 2 Grade eingeteilt.

Schweregrad I: Blutkrebs-erkrankung ohne Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation.

Schweregrad II: Blutkrebs-erkrankung mit Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation.

2.4.2.4 Krebserkrankungen im Sinne von Ziffer 2.4.1.1, die nicht in Stadien oder Grade entsprechend der "TNM classification of malignant tumours, sixth edition" der International Union Against Cancer (UICC) eingeteilt sind, werden bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß den Regelungen der Organrente (Ziffer 2.1), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 2.2) oder der Pflegerente (Ziffer 2.3) verrentet.

2.4.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leis-

tungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist.

Die Rente wird gezahlt

- a) bei einer Krebserkrankung im Stadium/Grad
 - I für die Dauer von maximal 6 Monaten,
 - II und bei Blutkrebs Schweregrad I für die Dauer von maximal 12 Monaten,
 - III und bei Blutkrebs Schweregrad II für die Dauer von maximal 36 Monaten.

Die Rentenzahlung endet zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

- b) bei einer Krebserkrankung im Stadium/Grad IV
 - bei vereinbartem Leistungsbezug bis 67 bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet; Wurde jedoch die Krebserkrankung erstmalig ärztlich festgestellt
 - nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 62. Lebensjahr vollendet hat,
 - aber vor Vollendung ihres 67. Lebensjahres,
- wird die Rente für einen solchen Versicherungsfall längstens für 60 Monate gezahlt, auch über die Vollendung des 67. Lebensjahres der versicherten Person hinaus
- bei vereinbartem lebenslangen Rentenbezug bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
 - bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.2 vorgenommene Neufeststellung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung länger als fünf Jahre erfolgt, so wird die Rente auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.4.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

2.4.4.1 Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung

Tritt während der Rentenzahlung ein höheres Krebsstadium oder ein höherer Grad ein, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend des neuen Stadiums/Grades. Bereits gezahlte Renten werden angerechnet.

2.4.4.2 Wiederauftreten einer Krebserkrankung
Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet.

2.4.4.3 Auftreten einer weiteren Krebserkrankung
Tritt eine weitere Krebserkrankung auf, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung), für die bereits Leistungen erbracht wurden, gelten die Ziffern 2.4.4.1 und 2.4.4.2 entsprechend.

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

2.4.4.4 Erfüllen der Merkmale von anderen Leistungsarten

Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Leistungsvoraussetzungen für die Organrente (Ziffer 2.1) oder die Grundfähigkeitenrente (Ziffer 2.2) oder die Pflegerente (Ziffer 2.3) erfüllt, so wird die Rentenleistung nach den Regelungen der zutreffenden Leistungsart erbracht.

2.5 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

2.5.1.1 Die versicherte Person ist wegen eines Unfalls im Sinne der Ziffer 2.5.2 in ihrer körperlichen oder geistigen Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität).

Der Unfall muss ihr während der Wirksamkeit des Vertrages zugestoßen sein.

Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

2.5.1.2 Die Unfallrente wird gezahlt, wenn der Unfall zu einem nach Ziffer 2.5.3 ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt hat.

2.5.1.3 Die Invalidität muss

- innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht worden sein.

2.5.1.4 Kein Anspruch auf Unfallrente besteht, wenn die versicherte Person wegen des Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.5.2 Was gilt als Unfall

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

2.5.2.1 Als Unfall gelten auch

- a) das Ertrinken sowie der Eintritt tauchtypischer Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung;
- b) Gesundheitsschäden durch Erfrierungen;
- c) Gesundheitsschäden durch Erleiden eines Sonnenbrandes oder Sonnenstiches;
- d) unfreiwillig erlittener Flüssigkeits-, Nahrungs- oder Sauerstoffentzug.

2.5.2.2 Nimmt die versicherte Person bei rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen Gesundheitsschäden bewusst in Kauf, so gelten diese dennoch als unfreiwillig erlitten und sind mitversichert.

2.5.2.3 Ein Unfall liegt auch vor, wenn die versicherte Person unfreiwillig Gesundheitsschäden durch allmähliche Einwirkung von Gasen, Dämpfen, Staubwolken, Säuren und Ähnliches erleidet, sofern es sich nicht um Gesundheitsschäden handelt, die als Berufs- und Gewerbekrankheiten gelten.

2.5.2.4 Mitversichert sind unfreiwillige Gesundheitsschädigungen der versicherten Person als Folge von Vergiftungen durch die Einnahme von Stoffen, deren Schädlichkeit der versicherten Person nicht bewusst war (z. B. Nahrungsmittelvergiftungen).

2.5.2.5 Als Unfall gelten auch durch eine erhöhte Kraftanstrengung oder Eigenbewegung verursachte

- a) Bauch- und Unterleibsbrüche,
- b) Verrenkungen von Gelenken,
- c) Zerrungen und Zerreißungen von Muskeln, Sehnen, Bändern, Kapseln oder Menisken,
- d) sonstige Schädigungen an Gliedmaßen oder Wirbelsäule.

Diese Erweiterung gilt nicht für Schädigungen von Bandscheiben, Kopf, Lunge, Herz.

2.5.2.6 Nicht oder falsch verabreichte Medikamente infolge Entführung/Geiselnahme
Werden infolge einer Entführung oder Geiselnahme Medikamente nicht oder falsch verabreicht, gilt auch dies als Unfall, wobei in Bezug auf die daraus folgenden Gesundheitsschäden kein Abzug wegen Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen (Ziffer 2.5.5) vorgenommen wird. Diese Leistung erbringen wir, auch ohne dass ein Unfallereignis im Sinne der Ziffer 2.5.2 vorliegt. Der Ausschluss gemäß Ziffer 4.2.6 gilt hierfür nicht.

2.5.3 Bemessung des Invaliditätsgrades

2.5.3.1 Bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich die folgenden Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Hand	70 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	16 %
anderer Finger	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	5 %
Auge	80 %
Gehör auf einem Ohr	40 %
Geruchssinn	15 %
Geschmackssinn	15 %
Stimme	100 %
Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.	

2.5.3.2 Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.5.3.3 Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.5.3.1 und Ziffer 2.5.3.2 zu bemessen.

2.5.3.4 Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.5.4 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird gezahlt

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbartem Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt (bei vereinbartem lebenslangen Rentenbezug) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem wir Ihnen mitteilen, dass eine nach Ziffer 8.2 vorgenommene Neufeststellung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.5.5 Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Die Unfallrente leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich der Prozentsatz des Invaliditätsgrades entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens. Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

Diese Regelung wird nicht angewendet in den Fällen von nicht oder falsch verabreichten Medikamenten infolge Entführung/Geiselnahme gemäß Ziffer 2.5.2.6.

2.6 Erhöhung der versicherten monatlichen Rente (Versicherungssumme) ohne erneute Gesundheitsprüfung (Nachversicherungsgarantie)

2.6.1 Sie können die versicherte monatliche Rente unter den in den Ziffern 2.6.2 bis 2.6.5 genannten Voraussetzungen

- ohne erneute Gesundheitsprüfung,
- jederzeit,
- für jede versicherte Person um insgesamt bis zu 500 EUR

erhöhen (Nachversicherungsgarantie). Die Erhöhung kann auch stufenweise erfolgen. Dabei darf der vorgenannte maximale Gesamterhöhungsbetrag nicht überschritten werden.

2.6.2 Die Nachversicherungsgarantie setzt voraus, dass zum Zeitpunkt der Anpassung

- a) die versicherte Person nicht älter als 45 Jahre ist;
- b) noch kein Leistungsfall im Sinne der Organrente (Ziffer 2.1), Grundfähigkeitenrente (Ziffer 2.2), Pflegerente (Ziffer 2.3), Krebsrente auf Grund einer Krebserkrankung des Stadiums/Grades III oder IV (Ziffer 2.4) und Unfallrente (Ziffer 2.5) eingetreten ist;
- c) der zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag noch nicht erreicht ist.

2.6.3 Sofern durch die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden.

2.6.4 Der zusätzlich zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Alter der jeweiligen versicherten Person. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Klauseln oder Risikozuschläge) werden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls angewendet.

2.6.5 Wirksamwerden des Erhöhungsbetrages
Der Erhöhungsbetrag wird im Rahmen der Leistungsart Unfallrente (Ziffer 2.5) sofort mit der Vereinbarung für alle danach eintretenden Leistungsfälle wirksam. Im Rahmen der Organrente (Ziffer 2.1), Grundfähigkeitenrente (Ziffer 2.2), Pflegerente (Ziffer 2.3) und Krebsrente (Ziffer 2.4) wird der Erhöhungsbetrag erst für Leistungsfälle wirksam, die nach Ablauf einer Wartezeit von drei Monaten nach der Erhöhungsvereinbarung eintreten.

2.7 Planmäßige Erhöhung von Leistung und Beitrag (Summendynamik) – sofern vereinbart

Die Summendynamik ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn dies ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist.

2.7.1 Die für die Rentenleistung vereinbarte Versicherungssumme wird jährlich um den vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Versicherungssumme wird auf volle Euro aufgerundet.

2.7.2 Für den Betrag, um den sich die Versicherungssumme erhöht, wird nach dem dann gültigen Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend dem Alter der jeweiligen versicherten Person berechnet.

2.7.3 Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.

2.7.4 Wir werden Sie über die erhöhte Versicherungssumme unterrichten, spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrages. Über die neue Versicherungssumme erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

2.7.5 Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (z. B. E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. Haben Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Die Summendynamik können Sie jedoch neu beantragen.

2.7.6 Die Vereinbarung über die Summendynamik endet – ohne dass eine Kündigung erforderlich ist – nur für die jeweilige versicherte Person, sobald die Versicherungssumme den Höchstrentenbetrag erreicht hat, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist.

Eine gegebenenfalls für den Vertrag vereinbarte Leistungsdynamik gemäß Ziffer 2.8 ist hiervon nicht betroffen und gilt unverändert weiter.

2.7.7 Die Vereinbarung über die Summendynamik ruht nur für die jeweilige versicherte Person, sobald und solange eine Beitragsbefreiung nach Ziffer 10.6 vorliegt.

Eine gegebenenfalls für den Vertrag vereinbarte Leistungsdynamik gemäß Ziffer 2.8 ist hiervon nicht betroffen und gilt unverändert weiter.

2.8 Jährliche Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) – sofern vereinbart

Diese Leistungsdynamik ist nur dann Vertragsbestandteil, wenn dies ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist.

Zahlen wir Ihnen aus diesem Vertrag eine Rente gemäß den Ziffern 2.1 bis 2.5, erhöhen wir zum 1.1. eines jeden Jahres den für das jeweils vergangene Kalenderjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5 %, erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Kalenderjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

3 Rehabilitations-Management-Serviceleistungen

3.1 In Ihrem Versicherungsvertrag sind Rehabilitations-Management-Serviceleistungen im nachfolgend beschriebenen Umfang mitversichert.

Bestehen für die versicherte Person bei unserer Gesellschaft zusätzlich zu dieser Versicherung auch Unfallversicherungen, die diese Rehabilitations-Management-Serviceleistungen enthalten, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beansprucht werden.

Die Versicherungssumme gemäß Ziffer 3.4 wird nicht im Rahmen einer gegebenenfalls vereinbarten Summendynamik (Ziffer 2.7) erhöht.

3.2 Ist nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1 bis 2.5 auf Basis der zuletzt erhobenen ärztlichen Befunde eine Rentenleistung aus diesem Vertrag zu erwarten, so entsteht ein Anspruch auf die Rehabilitations-Management-Serviceleistungen gemäß den nachfolgenden Bestimmungen 3.3 bis 3.7:

3.3 Wir wählen einen medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienst aus, der in unserem Auftrag bei entsprechendem Bedarf die folgenden Serviceleistungen erbringt:

- In der ersten Leistungsphase wird auf der Grundlage der medizinischen Diagnosen und Unterlagen unter Berücksichtigung der individuellen Situation der versicherten Person die grundsätzliche Vorgehensweise empfohlen.
- In der zweiten Leistungsphase werden für die versicherte Person umfassende Empfehlungen zur medizinischen, schulischen, berufskundlichen und sozialen rehabilitativen Betreuung für die kommenden Monate oder Jahre erarbeitet.
- In der dritten Leistungsphase wird die versicherte Person auf Basis der in der zweiten Leistungsphase erarbeiteten Empfehlungen kontinuierlich bis zur medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation begleitet.

3.4 Wir übernehmen ausschließlich die für die medizinisch-berufskundliche Beratungstätigkeit anfallenden Kosten bis zu einem Betrag von 10.000 EUR je Leistungsfall.

Die Kosten, die aus der Durchführung der empfohlenen Maßnahmen entstehen, werden nicht übernommen.

3.5 Art und Umfang der Leistungen sowie die Dauer der Leistungserbringung sind insbesondere abhängig von der Art der Erkrankung, ihrem Verlauf und ihren Folgen.

Die Leistungen werden erbracht, bis nach Beurteilung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes Fortschritte hinsichtlich der medizinischen, sozialen und schulischen/beruflichen Rehabilitation nicht mehr zu erwarten sind, längstens bis zum Erreichen des Höchstbetrages von 10.000 EUR für die Kostenübernahme.

3.6 Die Leistungen werden ausschließlich in der Bundesrepublik Deutschland erbracht. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können für die Zeit des Auslandsaufenthaltes die Leistungen nicht beansprucht werden. Dies gilt nicht, wenn der Auslandsaufenthalt Teil des Rehabilitationsprozesses ist, der von uns oder vom eingeschalteten medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienst vorgeschlagen wurde.

3.7 Da vor einer Einschaltung des medizinisch-berufskundlichen Beratungs- und Rehabilitationsmanagementdienstes nicht immer abschließend ge-

prüft werden kann, ob Versicherungsschutz besteht, ist mit der Erbringung der Rehabilitations-Management-Serviceleistungen eine Anerkennung unserer Leistungspflicht aus diesem Vertrag nicht verbunden. In jedem Fall tragen wir die Kosten für bereits erbrachte Rehabilitations-Management-Serviceleistungen.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

4.1 Für alle Leistungsarten gemäß Ziffer 2 bestehen folgende Ausschlüsse:

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist

4.1.1 durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person;

Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.

4.1.2 unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

Versicherungsschutz besteht jedoch

- a) bei inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, wenn die versicherte Person an den Gewalttätigkeiten nicht aktiv teilgenommen hat oder wenn sie zwar aktiv beteiligt war, jedoch nicht auf der Seite der Unruhestifter;
- b) für Personen, die eine Betreuung benötigen, und Entmündigte, wenn die Straftat im Führen eines Land- oder Wasserfahrzeuges ohne Führerschein besteht oder ein unbefugter Gebrauch eines Fahrzeuges vorliegt (§ 248 b Strafgesetzbuch). Voraussetzung für unsere Leistung ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

4.1.3 (unmittelbar oder mittelbar) durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse;

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht.

Sie gilt auch nicht

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg,
- für Unfälle durch ABC-Waffen,
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Mitversichert sind Beeinträchtigungen durch Terroranschläge, die außerhalb der Territorien der Krieg führenden Parteien ausgeführt werden.

4.1.4 durch Unfälle oder Krankheiten, die die versicherte Person erleidet

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgerätführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt;
- Versicherungsschutz besteht jedoch bei einer

mit Hilfe eines Luftfahrzeuges (nicht aber Luftsportgerätes) auszuübenden beruflichen Tätigkeit (z. B. Berufspiloten, Flugbegleiter etc.). Diese Erweiterung gilt nicht für die nicht versicherbaren Berufe gemäß Ziffer 5.1 (z. B. Testpilot/Flugversuchspilot).

– **bei der Benutzung von Raumfahrzeugen;**

Nicht versichert ist daher z. B. das Führen von Ultraleichtflugzeugen oder das Fallschirmspringen.

Dagegen besteht Versicherungsschutz als Flugschüler, weil dafür (noch) keine Lizenz erforderlich ist sowie als Passagier in Luftfahrzeugen einschließlich Luftsportgeräten, wie z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie bei Fallschirm-Tandemsprüngen. Ebenso bieten wir Versicherungsschutz beim Kitesurfen.

4.1.5 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

Versicherungsschutz besteht jedoch

- a) bei der Teilnahme an Fahrtveranstaltungen, bei denen es hauptsächlich auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt (z. B. Stern-, Zuverlässigkeits- und Orientierungsfahrten, Ballonverfolgungsfahrten sowie Sicherheitstrainings);
- b) bei gelegentlichem Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor- oder Crosskart-Anlage, wobei es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Diese Erweiterung gilt innerhalb Europas.

4.1.6 durch Strahlen auf Grund von Kernenergie;

Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten.

4.1.7 anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat;

4.1.8 durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

4.2 Darüber hinaus gelten ausschließlich für die Leistungsart Unfallrente gemäß Ziffer 2.5 folgende Ausschlüsse:

Kein Versicherungsschutz besteht für

4.2.1 Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen;

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn

- a) die Bewusstseinsstörung durch Trunkenheit verursacht ist; beim Lenken von Kraftfahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt;
- b) die Bewusstseinsstörung durch die Einnahme von Medikamenten hervorgerufen wird;
- c) die Bewusstseinsstörung durch einen akuten Herzinfarkt oder einen akuten Schlaganfall verursacht wurde; die unmittelbaren Gesundheitsschäden durch den Herzinfarkt oder den Schlaganfall selbst fallen nicht unter die Leistungspflicht der Leistungsart Unfallrente (Ziffer 2.5); ein Leistungsanspruch kann

sich gegebenenfalls aus der Leistungsart Organrente (Ziffer 2.1), Grundfähigkeitenrente (Ziffer 2.2) oder Pflegerente (Ziffer 2.3) ergeben.

- d) der Unfall durch einen epileptischen Anfall oder anderen Krampfanfall, der den ganzen Körper der versicherten Person ergreift, hervorgerufen wird;
- e) die Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

Der Zustand der Übermüdung (Schlaftrunkenheit) und das Einschlafen infolge einer Übermüdung werden nicht als Bewusstseinsstörungen angesehen.

4.2.2 Schäden an Bandscheiben;

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 2.5 die überwiegende Ursache ist.

4.2.3 Gesundheitsschäden durch Strahlen;

Mitversichert sind jedoch Gesundheitsschäden durch

- a) Röntgenstrahlen,
- b) Laserstrahlen,
- c) Maserstrahlen (z. B. Mikrowelle),
- d) künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen sowie
- e) energiereiche Strahlen mit einer Härte bis 100 Elektronenvolt, soweit sie nicht als Folge regelmäßigen Umgangs mit strahlenerzeugenden Apparaten eintreten.

4.2.4 Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person;

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

Werden infolge solcher unfallbedingter Heilmaßnahmen oder Eingriffe wiederum Gesundheitsschäden durch Infektionen verursacht, sind diese abweichend von Ziffer 4.2.5 ebenfalls mitversichert. Das Schneiden von Nägeln, Hühneraugen oder Hornhaut gehört nicht zu den ausgeschlossenen Eingriffen am Körper der versicherten Person.

4.2.5 Infektionen;

Eingeschlossen in die Versicherung sind alle entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

Die im Rahmen der Leistungsart Unfallrente genannten Fristen (Ziffer 2.5.1.3) beginnen nicht mit dem Unfall (z. B. mit dem Zeitpunkt eines Insektenstichs), sondern erst mit der erstmaligen Diagnose der Infektion durch einen Arzt.

4.2.6 Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

Wir leisten jedoch für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an einen Unfall eintreten, wenn und soweit diese Störungen auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen sind.

5 Was müssen Sie bei Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Sobald eine versicherte Person eine der unter Ziffer 5.1 aufgeführten unversicherbaren Berufstätigkeit

ten oder Beschäftigungen ausübt, müssen Sie uns das unverzüglich mitteilen (dies gilt auch für die Ausübung eines freiwilligen Wehrdienstes). Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

5.1 Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten/Beschäftigungen ausüben:

- Akrobaten/Artisten/Trapezkünstler
- Bergführer
- Bergsteiger
- Berufsfeuerwehrleute
- Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten)
- Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler
- Berufstaucher (z. B. Bergungstaucher, Forschungstaucher)
- Bohrschichtführer
- Dompteur
- Feuerwerker
- Lehrer für Luftsportgeräte wie z. B. Drachenflug, Paragliding etc.
- Flugversuchspilot
- Lehrer für das Fallschirmspringen
- Mitglieder von Munitionssuch- und -räumtruppen
- Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos
- Mitglieder von U-Boot-Besatzungen
- Pyrotechniker
- Radrennfahrer
- Rennfahrer
- Sprengpersonal
- Stuntmen
- Test-/Versuchsfahrer/Werksfahrer
- Testpilot
- Tierbändiger

5.2 Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/Beschäftigung gemäß Ziffer 5.1 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung. Den seit Erlöschen des Versicherungsschutzes gezahlten Beitrag zahlen wir zurück.

5.3 Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur – also kein Dauerzustand – ist.

Der Leistungsfall

6 Was ist bei Eintritt einer Erkrankung und nach einem Unfall sowie während des Bezuges von Rentenleistungen zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

6.1 Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

Schienen im Fall eines Unfalls die Unfallfolgen zunächst geringfügig zu sein oder wurde fälschlicherweise davon ausgegangen, dass der Unfall keine Leistungspflicht auslöst, sind diese Obliegenheiten

nachzuholen, sobald der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen.

6.2 Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir in voller Höhe.

6.3 Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war, ist oder sein wird, und Pflegeheime, Pflegepersonen, Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

6.4 Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen, einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

6.5 Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.

6.6 Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserrhebende zu tragen.

6.7 Die versicherte Person ist verpflichtet, zur Schadenminderung beizutragen und sich damit allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zu unterziehen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen.

Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z. B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen).

Nicht unter die Schadenminderungspflicht fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

6.8 Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

7 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Bei vorsätzlicher Verletzung einer nach Eintritt einer Krankheit und eines Unfalles zu erfüllenden Obliegenheit nach Ziffer 6 brauchen wir nicht zu leisten. Wird eine Obliegenheit grob fahrlässig verletzt, sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen,

- a) wenn Sie nachweisen, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben;
- b) wenn die Obliegenheitsverletzung versehentlich erfolgte und die Erfüllung bei Erkennen unverzüglich nachgeholt wurde;
- c) wenn Sie nachweisen, dass die Obliegenheitsverletzung weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war;
- d) wenn wir es unterlassen hatten, Sie durch eine gesonderte Mitteilung in Textform auf die vorgenannten Rechtsfolgen der Obliegenheitsverletzung hinzuweisen.

Der Versicherungsschutz entfällt trotz nachgewiesener fehlender Ursächlichkeit gemäß c), wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

8 Wann sind die Leistungen fällig?

8.1 Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung und nach Vorliegen aller Unterlagen – spätestens aber drei Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfalls kann auf Grund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden. Sie können allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann auf Grund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.

8.2 Neufeststellung der Leistungsvoraussetzungen/Invalidität

Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, auf unsere Kosten das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen.

- Wenn wir eine Krebsrente auf Grund einer Krebserkrankung des Stadiums/Grades IV (Ziffer 2.4) zahlen, gilt dies für eine Dauer von fünf Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente.
- Zahlen wir eine Organrente (Ziffer 2.1), Grundfähigkeitsrente (Ziffer 2.2) oder Unfallrente (Ziffer 2.5), gilt dies nur für eine Dauer von drei Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente.

Zu Prüfwegen können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Hierfür gelten die Regelungen der Ziffern 6.3 bis 6.5 und Ziffer 8.1 entsprechend.

8.3 Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten

Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

9 Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

9.1 Beginn des Versicherungsschutzes
Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 10.2 zahlen.

9.2 Dauer und Ende des Vertrages
Der Vertrag ist für den im Versicherungsschein angegebenen Zeitraum abgeschlossen.

Er verlängert sich mit dem Ablauf der Vertragslaufzeit um ein Jahr und weiter von Jahr zu Jahr stillschweigend, wenn nicht bis zum jeweiligen Ablauftermin der anderen Vertragspartei eine Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

9.2.1 Grundsätzliches

Bei vereinbartem Leistungsbezug bis 67 endet der Vertrag – ohne dass es einer Kündigung bedarf – spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Bezieht die versicherte Person bei Vollendung des 67. Lebensjahres allerdings eine Leistung nach Ziffer 2.4 (Krebsrente), endet der Vertrag erst mit Ablauf der Rentenzahlung nach Ziffer 2.4.3.

Aus einem gemäß Satz 2 nach Vollendung des 67. Lebensjahres fortbestehenden Vertrag, können keine Leistungsansprüche wegen neuer Leistungsfälle mehr entstehen.

Bei vereinbarter lebenslanger Rentenzahlung endet der Vertrag, soweit der Leistungsfall bis zur Vollendung des 67. Lebensjahres nicht eingetreten ist, ebenfalls mit Vollendung des 67. Lebensjahres.

Entfallen bei vereinbarter lebenslanger Rentenzahlung die Leistungsvoraussetzungen für einen bereits eingetretenen Leistungsfall nach Vollendung des 67. Lebensjahres, ohne dass ein dauerhafter Rentenanspruch vorliegt, so endet der Vertrag mit dem Wegfall der Leistungspflicht.

9.2.2 Kündigung des Vertrages durch Sie
Während der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit können Sie den Vertrag zum Ablauf in Textform kündigen, ohne dass eine Frist einzuhalten ist.

Mit Beginn des ersten Verlängerungsjahres können Sie den Vertrag täglich in Textform kündigen. Der Vertrag endet in diesem Fall mit Ablauf des Tages, an dem uns die Kündigung zugegangen ist. Sie können den Vertrag auch zu einem späteren, in der Zukunft liegenden Zeitpunkt kündigen. Eine weitere Kündigungsmöglichkeit finden Sie unter Ziffer 9.3.

9.2.3 Kündigung des Vertrages durch uns
Wir verzichten auf unser Recht einer Vertragskündigung mit folgenden Ausnahmen:

Der Rücktritt oder die Kündigung nach Ziffer 10 (Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrages, Widerruf des Lastschriftinzugsverfahrens), Ziffer 12 (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Ziffer 7 (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind vom Verzicht nicht betroffen und bleiben daher als Rechte für uns bestehen.

9.3 Kündigung nach Leistungsfall

Den Vertrag können Sie durch Kündigung beenden, wenn wir nach einem Leistungsfall eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben.

Die Kündigung muss uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein. Ihre Kündigung wird sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu jedem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ablauf des Versicherungsjahres, wirksam wird.

9.4 Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

9.5 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr erstreckt sich über einen Zeitraum von zwölf Monaten (Versicherungsmonate). Besteht die vereinbarte Vertragsdauer jedoch nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

Der Versicherungsbeitrag

10 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

10.1 Beitrag und Versicherungsteuer

10.1.1 Beitragszahlung

Je nach Vereinbarung werden die Beiträge entweder durch laufende Zahlungen monatlich, vierteljährlich, halbjährlich, jährlich oder als Einmalbeitrag im Voraus gezahlt. Entsprechend der Vereinbarung über laufende Zahlungen umfasst die Versicherungsperiode einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr. Bei einem Einmalbeitrag ist die Versicherungsperiode die vereinbarte Vertragsdauer, jedoch höchstens ein Jahr.

10.1.2 Versicherungsteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungsteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

10.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Erster oder einmaliger Beitrag

10.2.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Der erste oder einmalige Beitrag wird unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zur Zahlung fällig.

Ist für die Zahlung ein anderer, späterer Fälligkeitszeitpunkt vereinbart und im Versicherungsschein angegeben und obige Frist von 14 Tagen nach Erhalt des Versicherungsscheins abgelaufen, so ist der Beitrag unverzüglich zum vereinbarten Zeitpunkt zu zahlen.

10.2.2 Späterer Beginn des Versicherungsschutzes bei Zahlungsverzug

Zahlen Sie nicht unverzüglich nach dem in Ziffer 10.2.1 bestimmten Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst, nachdem die Zahlung bewirkt ist. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.2.3 Zahlung bei abweichendem Versicherungsschein

Weicht der Versicherungsschein von Ihrem Antrag oder getroffenen Vereinbarungen ab, ist der erste oder einmalige Beitrag frühestens einen Monat nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

10.2.4 Rücktritt

Wird der erste oder einmalige Beitrag nicht zu dem maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt gemäß Ziffer 10.2.1 oder Ziffer 10.2.3 gezahlt, so können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht bewirkt ist.

Der Rücktritt ist ausgeschlossen, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.2.5 Leistungsfreiheit des Versicherers

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht zu dem nach Ziffer 10.2.1 oder Ziffer 10.2.3 maßgebenden Fälligkeitszeitpunkt zahlen, so sind wir für einen vor Zahlung des Beitrages eingetretenen Leistungsfall nicht zur Leistung verpflichtet, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht haben.

Die Leistungsfreiheit tritt jedoch nicht ein, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

10.3 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung/Folgebeitrag

10.3.1 Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung
Ein Folgebeitrag wird zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Zahlung gilt als rechtzeitig, wenn sie innerhalb des im Versicherungsschein oder in der Beitragsrechnung angegebenen Zeitraums bewirkt ist.

10.3.2 Schadenersatz bei Verzug

Sind Sie mit der Zahlung eines Folgebeitrages in Verzug, sind wir berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

10.3.3 Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht nach Mahnung

10.3.3.1 Wir werden Sie bei nicht rechtzeitiger Zahlung eines Folgebeitrages auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen ab Zugang der Zahlungsaufforderung bestimmen (Mahnung).

Die Mahnung ist nur wirksam, wenn wir je Vertrag die rückständigen Beträge des Beitrages, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und außerdem auf die Rechtsfolgen – Leistungsfreiheit und Kündigungsrecht – auf Grund der nicht fristgerechten Zahlung hinweisen.

10.3.3.2 Tritt nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist ein Leistungsfall ein und sind Sie bei Eintritt des Leistungsfalls mit der Zahlung des Beitrages oder der Zinsen oder Kosten in Verzug, so sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.

10.3.3.3 Wir können nach Ablauf der in der Mahnung gesetzten Zahlungsfrist den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung in Textform kündigen, sofern Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind.
Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristab-

lauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug sind. Hierauf sind Sie von uns bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen.

10.3.4 Zahlung des Beitrages nach Kündigung

Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn die Kündigung mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leisten. Für Leistungsfälle, die nach dem Zugang der Kündigung aber vor erfolgter Beitragszahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz (siehe Ziffer 10.3.3.2).

10.4 SEPA- Lastschriftmandat als Geschäftsgrundlage/Rechtzeitigkeit der Zahlung/ Kündigungsrecht bei Widerruf

10.4.1 Pflichten des Versicherungsnehmers

a) Voraussetzung und Geschäftsgrundlage für den Abschluss und den Fortbestand des Versicherungsvertrages ist, dass wir von Ihnen oder von einer anderen Person zum Einzug des jeweils fälligen Beitrages von Ihrem bzw. deren Bankkonto im Wege des SEPA-Lastschriftverfahrens ermächtigt wurden und diese Ermächtigung aufrechterhalten wird. Zur Sicherstellung des erfolgreichen Beitragseinzugs im SEPA-Lastschriftverfahren haben Sie dafür Sorge zu tragen, dass Ihr Konto zum Zeitpunkt der Fälligkeit des Beitrages eine ausreichende Deckung aufweist.
b) Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

10.4.2 Kündigungsrecht bei Widerruf des SEPA-Lastschriftmandates

Wird das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen, so können wir den Vertrag zum Ende des laufenden Versicherungsmonats außerordentlich kündigen.

10.4.3 Änderung des Zahlungsweges

Kann der fällige Beitrag mangels Kontodeckung nicht abgebucht werden oder wird eine Lastschrift von dem/der Kontoinhaber/in bzw. deren Bankinstitut trotz korrekter Abbuchung zurückgegeben, sind wir hinsichtlich der offenen und zukünftig fällig werdenden Beiträge berechtigt, von Ihnen die Beitragszahlung außerhalb des SEPA-Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Begleichung der rückständigen sowie zukünftig fällig werdenden Beiträge auf einem alternativen Zahlungsweg erst verpflichtet, wenn Sie hierzu von uns in Textform aufgefordert wurden.

Durch die Banken erhobene Bearbeitungsgebühren für fehlgeschlagenen Lastschrifteinzug können wir Ihnen in Rechnung stellen.

10.5 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil des Beitrages, der dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

10.6 Beitragsbefreiung

10.6.1 Beitragsbefreiung bei Bezug einer Rentenleistung

Sobald aus diesem Vertrag für eine versicherte Person Anspruch auf Zahlung einer Rentenleistung gemäß Ziffern 2.1 bis 2.5 besteht, endet die Pflicht zur Zahlung des auf diese Person entfallenden Beitrages für die Dauer des Leistungsbezugs.

Ergibt eine erneute ärztliche Nachbemessung gemäß Ziffer 8.2, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen,

wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt. Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft.

10.6.2 Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag bei Vorliegen der nachfolgenden Kriterien in dem dortgenannten zeitlichem Umfang bei fortbestehendem Versicherungsschutz beitragsfrei gestellt.

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, beim Arbeitsamt als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen. Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen vollbeschäftigt, bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und ist der Beitrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt, so wird der Versicherungsvertrag ab der der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt. Sollten Sie während dieser 6 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z. B. durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen. Eine Beitragsfreistellung als Selbstständiger kann nur einmal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden. Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen. Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

10.7 Beitragsanpassung

10.7.1 Prüfung der Notwendigkeit einer Beitragsanpassung

Wir sind berechtigt, bei bestehenden Verträgen zum Ablauf eines jeden Kalenderjahres zu prüfen, ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) der Beiträge vorgenommen werden muss. Zweck der Prüfung und Beitragsanpassung ist es, einen etwaigen angemessenen Anpassungsbedarf zu ermitteln und eine dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen sicherzustellen.

10.7.2 Ermittlung des Anpassungsbedarfs

a) Bei der Prüfung nach Ziffer 10.7.1 vergleichen wir die im vorausgegangenen Kalenderjahr tatsächlich eingetretenen Schadenaufwendungen und Kosten mit dem ursprünglich bzw. seit der letzten Beitragsanpassung in den Rechnungsgrundlagen für dieses Kalenderjahr einkalkulierten Schadenaufwendungen und Kosten.

b) Bei einer unvorhersehbaren, von uns nicht beeinflussbaren sowie dauerhaften Veränderungen der ursprünglich bzw. seit der letzten Beitragsanpassung einkalkulierten Schadenaufwendungen und Kosten um mehr als 5 %, bezogen auf die Schadenaufwendungen und/oder die Kosten des letzten Kalenderjahres, werden sämtliche Rechnungsgrundlagen überprüft und soweit erforderlich nach Maßgabe von 10.7.3. in angemessenen Umfang angepasst. Hierbei wenden wir die anerkannten Grundsätze der

Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

Bei der Überprüfung sämtlicher Rechnungsgrundlagen berücksichtigen wir auch eine Veränderung des Rechnungszinses.

Bei der Überprüfung der Kosten berücksichtigen wir nur Erhöhungen oder Absenkungen der Verwaltungskosten, der Regulierungskosten für Schadensfälle, inflationär bedingte Preissteigerungen sowie Steuererhöhungen oder -absenkungen.

Eine Anpassung der Beiträge aus Gründen der Gewinnsteigerung o. Ä. kommt nicht in Betracht.

10.7.3. Anpassungsgrenze

a) Eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) der Beiträge unterbleibt, wenn die Beitragsanpassung weniger als 5 % des Jahresbeitrages betragen würde. In diesem Fall kann die Anpassung bei der nächsten Überprüfung der Beiträge im Sinne von 10.7.1. berücksichtigt werden.

b) Darüber hinaus sind wir berechtigt, auf eine Erhöhung der Beiträge auch bei Vorliegen der Voraussetzungen zu verzichten. In diesem Fall kann die Anpassung nicht bei der nächsten Überprüfung der Beiträge im Sinne von 10.7.1 berücksichtigt werden.

c) Ergibt die Prüfung niedrigere Beiträge als die bisherigen, sind wir verpflichtet, sie um die Differenz abzusenken.

d) Eine Anpassung des Beitrages für einen bestehenden Vertrag darf nicht höher ausfallen als der Beitrag für einen neu abzuschließenden gleichartigen Vertrag mit identischen Tarifierungsgrundlagen, Beitragsberechnungsgrundlagen und einem identischen Versicherungsumfang.

10.7.4 Wirksamwerden der Beitragsanpassung
Über die Beitragsanpassung werden Sie von uns vorab informiert. Die Beitragsanpassung wird mit Beginn des neuen Versicherungsjahres wirksam, frühestens jedoch nach Ablauf eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung in Textform (z. B. Brief, E-Mail). Dabei weisen wir Sie auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 10.7.5 hin.

10.7.5 Kündigung bei Beitragserhöhung
Erhöhen wir nach dieser Ziffer den Beitrag, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zur Beitragserhöhung zum Ende des Versicherungsjahres kündigen.

Weitere Regelungen

11 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

11.1 Ist die Versicherung gegen Beeinträchtigungen durch Krankheiten und Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

11.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

11.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

12 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

12.1 Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

12.2 Rücktritt

12.2.1 Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen. Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

12.2.2 Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

12.2.3 Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Leistungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Leistungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

12.3 Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

12.3.1 Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

12.3.2 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen. Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Schriftform kündigen.

12.4 Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrages zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13 Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

13.1 Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

13.2 Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

14 Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten? Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

14.1 Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständig bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

Alle Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen, werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen und uns zugegangen sind.

14.2 Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

15 Bedingungsänderung

Wir sind berechtigt, einzelne Regelungen dieser "Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Erwachsene Top-Schutz (Opti5Rente Top-Schutz)" mit Wirkung für bestehende Verträge zu ändern, zu ergänzen oder zu ersetzen (Anpassung), wenn die Voraussetzungen nach den Ziffern 15.1 bis 15.3 erfüllt sind:

- 15.1 Unwirksamkeit einzelner Regelungen
Die Regelung in diesen Versicherungsbedingungen ist unwirksam geworden durch folgende Ereignisse:
- ein Gesetz, auf dem die Bestimmungen des Versicherungsvertrages beruhen, ändert sich oder
 - es ergeht höchstrichterliche Rechtsprechung, die den Versicherungsvertrag unmittelbar betrifft oder
 - es ergeht eine konkrete, individuelle, uns bindende Weisung der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder der Kartellbehörden im Wege eines bestandskräftigen Verwaltungsakts.
 - Das gilt auch, wenn eine im Wesentlichen inhaltsgleiche Regelung in den Versicherungsbedingungen eines anderen Versicherers durch eines der genannten Ereignisse unwirksam geworden ist.

15.2 Störung des Gleichgewichts zwischen Leistung und Gegenleistung

Durch die Unwirksamkeit ist eine Vertragslücke entstanden, die das bei Vertragsschluss vorhandene Gleichgewicht zwischen Leistung und Gegenleistung in nicht unbedeutendem Maße stört, und es besteht keine konkrete gesetzliche Regelung zum Füllen der Lücke.

15.3 Keine Schlechterstellung

Die angepassten Regelungen dürfen Sie als einzelne Bedingungen oder im Zusammenwirken mit anderen Bedingungen des Vertrages nicht schlechter stellen als die bei Vertragsschluss vorhandenen Regelungen.

15.4 Durchführung der Anpassung

Die nach den Ziffern 15.1 bis 15.3 zulässigen Änderungen werden Ihnen in Textform bekannt gegeben und erläutert. Sie finden Anwendung, wenn wir Ihnen die Änderung sechs Wochen vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie in Textform auf Ihr Kündigungsrecht nach Ziffer 15.5 hinweisen.

15.5 Kündigung

Machen wir von unserem Recht zur Bedingungsanpassung Gebrauch, können Sie den Vertrag innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unserer Mitteilung kündigen. Die Kündigung ist sofort wirksam, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Bedingungsanpassung.

16 Künftige Bedingungsverbesserungen

Ändert die Barmenia Allgemeine Versicherungs-AG im Laufe der Versicherungsdauer für neue Versicherungsverträge die "Bedingungen zur Barmenia-Invaliditätsversicherung für Erwachsene Top-Schutz (Opti5Rente Top-Schutz)" ausschließlich zu Ihren Gunsten, ohne dass dafür ein Zusatzbeitrag berechnet wird, so gelten diese neuen Bedingungen ab ihrem Gültigkeitstag auch für diesen Vertrag für alle ab diesem Zeitpunkt neu eintretenden Leistungsfälle.

17 Welches Gericht ist zuständig?

17.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

17.2 Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

18 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.