

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Gothaer Fähigkeitenschutz Kids

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung	1
§ 1 Was ist versichert?.....	1
§ 2 Wann liegt das Nichterlernen oder der Verlust einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor?.....	5
§ 3 Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vor?.....	16
§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?.....	17
§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes.....	18
Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt eines Leistungsfalls	18
§ 6 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages.....	18
§ 7 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?.....	20
§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?.....	22
Nachprüfung der Leistungspflicht	22
§ 9 Was gilt für die Nachprüfung des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit?.....	22
§ 10 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?.....	23
Überschussbeteiligung	23
§ 11 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?.....	23
Kosten	25
§ 12 Abschluss- und Vertriebskosten.....	25
§ 13 Gebühren.....	26
Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge	27
§ 14 Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?.....	27
§ 15 Was gilt bei Kündigung?.....	27
§ 16 Was gilt bei Beitragsfreistellung und welche weiteren Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?.....	27
§ 17 Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?.....	30
§ 18 Wann können Sie den versicherten Umfang Ihrer Leistungen ändern?.....	32
§ 19 Wann können Sie die Leistungsdauer Ihres Vertrages verlängern?.....	34
Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung oder den Fähigkeitenschutz	35
§ 20 Unter welchen Bedingungen können Sie in die Berufsunfähigkeitsversicherung oder den Fähigkeitenschutz wechseln?.....	35
Sonstige Regelungen	37
§ 21 Wer erhält die Versicherungsleistung?.....	37
§ 22 Beitragszahlung.....	38
§ 23 Mitteilungs- und Mitwirkungspflichten (z. B. Namensänderung, Umzug, Steuerpflicht im Ausland).....	38
§ 24 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung.....	39
§ 25 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?.....	39
Anhang: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)	41

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Gothaer Fähigkeitenschutz Kids

Der Gothaer Fähigkeitenschutz Kids ist eine Grundfähigkeitsversicherung mit Schutz im Fall des Nichterlernens oder Verlusts von Grundfähigkeiten.

Grundfähigkeiten sind wichtige Fähigkeiten für alltägliche Tätigkeiten. Neben dem Sehen, Sprechen und Hören gehören dazu auch Fähigkeiten wie zum Beispiel das Heben und Tragen von Gegenständen. Sie können auch einen Schutz für den Eintritt schwerer Krankheiten in Ihren Vertrag einschließen. Alle wichtigen Informationen zu Ihrer Versicherung finden Sie auf den nächsten Seiten.

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

In diesen Bedingungen beschreiben wir unter anderem Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit und den Eintritt einer schweren Krankheit. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in § 2 und § 3.

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

Noch ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die **versicherte Person** und den **Versicherungsnehmer** voneinander. Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person.

Umfang der Versicherung

§ 1 Was ist versichert?

- (1) Den Umfang des Versicherungsschutzes vereinbaren Sie mit uns bei Vertragsabschluss. Sie können den Umfang im Verlauf des Vertrags auch ändern, indem Sie eine Wechseloption nach § 18 ausüben. Der Versicherungsschutz kann diese Leistungen beinhalten:

- Schutz bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit in den Ausprägungen "Plus" und "Premium"
- Schutz bei Pflegebedürftigkeit
- Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit

Welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*«. Wie wir das Nichterlernen oder den Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und den Eintritt einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen definieren, finden Sie in § 2 und § 3.

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

- Die versicherte Person
 - erlernt innerhalb der vereinbarten »*Versicherungsdauer*« voraussichtlich dauerhaft eine Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht oder
 - verliert innerhalb der vereinbarten »*Versicherungsdauer*« voraussichtlich dauerhaft eine Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

Wann dies der Fall ist und was in diesem Zusammenhang "dauerhaft" bedeutet, beschreiben wir in § 2 Abschnitt I-II.

- Die nicht erlernte oder verlorene Grundfähigkeit ist in dem Grundfähigkeitenpaket "Plus" oder "Premium" enthalten, das Sie mit uns vereinbart haben. Näheres zu den Grundfähigkeitenpaketen "Plus" und "Premium" finden Sie in den Absätzen 6 und 7 sowie in § 2 Abschnitt II. Welches Grundfähigkeitenpaket Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*«.

In diesem Fall erbringen wir folgende Leistungen:

- a. Wir befreien Sie von der Pflicht zur Beitragszahlung für die Grundfähigkeitsversicherung, das

heißt Sie müssen keine Beiträge mehr zahlen. Dies gilt ab dem nächsten Fälligkeitstermin für eine Beitragszahlung nach dem Zeitpunkt, ab dem die versicherte Person die Grundfähigkeit nicht erlernt oder verloren hat.

- b. Wir zahlen Ihnen die vereinbarte monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Rente.

Sie erhalten die genannten Leistungen unabhängig vom gewählten Grundfähigkeitenpaket auch, wenn die versicherte Person innerhalb der vereinbarten »*Versicherungsdauer* pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen wird (**Schutz bei Pflegebedürftigkeit**). Was wir unter Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt III.

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

Wird eine nicht erlernte Grundfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt nachträglich erlernt oder liegt bei einer verlorenen Grundfähigkeit zu einem späteren Zeitpunkt kein Verlust der Grundfähigkeit mehr vor, sind wir berechtigt, die Zahlungen einzustellen. Ab dem Zeitpunkt der Leistungseinstellung müssen Sie auch wieder Beiträge zahlen. Dasselbe gilt, wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

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

Näheres dazu, wie lange wir die Leistungen zahlen, finden Sie in Absatz 10.

- (3) Wenn wir Ihnen die unter Absatz 2 beschriebene Rentenleistung aus Ihrem Schutz bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit zahlen, so geht diese Rente bei Ablauf der vereinbarten »*Leistungsdauer* in eine lebenslange Altersrente über, sofern gilt:

- Bei der versicherten Person ist innerhalb der »*Versicherungsdauer* eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen (siehe § 2 Abschnitt III) eingetreten,
- die Pflegebedürftigkeit besteht bis zum Ende der »*Leistungsdauer* ununterbrochen fort, und
- die »*Leistungsdauer* des Vertrages ist mindestens bis zur Vollendung des 60. Lebensjahres der versicherten Person vereinbart.

Die Höhe der lebenslangen Altersrente entspricht der Rente aus Ihrem Schutz bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit zum Ablauf der vereinbarten »*Leistungsdauer* der Grundfähigkeitsversicherung.

- (4) Die unter Absatz 2 beschriebene Rentenleistung zahlen wir nicht mehrfach, sondern immer nur wegen einer Ursache. Das Vorliegen mehrerer Ursachen erhöht nicht die versicherte Leistung. Sie erhalten also aus dem Schutz bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit und/oder Pflegebedürftigkeit insgesamt nur einmal die versicherte Rentenleistung. Das gilt auch für den Fall, dass das Nichterlernen oder der Verlust mehrerer Grundfähigkeiten vorliegt.

- (5) Die Leistungen aus dem **Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit** erhalten Sie, wenn

- bei der versicherten Person innerhalb der vereinbarten »*Versicherungsdauer* eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eintritt und
- Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben.

Was wir unter einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen verstehen, beschreiben wir in § 3. Ob Sie den Schutz mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*.

In diesem Fall zahlen wir Ihnen eine einmalige Leistung in Höhe der »*garantierten versicherten Rente* des Schutzes bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit für ein Jahr. Sollten Sie mit uns den »*Sofortbonus* als Art der »*Überschussverwendung* vereinbart haben, zahlen wir Ihnen zusätzlich einen entsprechenden »*Sofortbonus*. Näheres dazu finden Sie in § 11 Abschnitt III Absatz 1.

Nachdem wir diese einmalige Leistung gezahlt haben, endet der Schutz bei Eintritt einer schweren

Krankheit. Er kann auch nicht erneut eingeschlossen werden. Wir zahlen die Leistung aus dem Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit somit höchstens einmalig innerhalb der Vertragsdauer Ihrer Grundfähigkeitsversicherung.

- (6) Falls Sie das Grundfähigkeitenpaket "Plus" mit uns vereinbart haben, erhalten Sie Leistungen, wenn die versicherte Person
- ab Vollendung des sechsten Lebensmonats eine der Grundfähigkeiten
 - Sehen,
 - Hören,
 - Sprechen,
 - Greifen/Handgebrauch,
 - Sitzen oder
 - Abstützen

oder

 - ab Vollendung des dritten Lebensjahres eine der Grundfähigkeiten
 - Gehen,
 - Stehen,
 - Treppensteigen,
 - Knien,
 - Bücken,
 - Heben/Tragen oder
 - Armgebrauch

oder

 - ab Vollendung des sechsten Lebensjahres eine der Grundfähigkeiten
 - Schreiben,
 - Tippen,
 - Gleichgewicht,
 - Fahrradfahren,
 - ÖPV-Nutzung oder
 - Autoeinstieg und -ausstieg

voraussichtlich dauerhaft nicht erlernt oder verliert.

Was wir genau unter diesen Grundfähigkeiten verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt II Absätze 1-19.

- (7) Falls Sie das Grundfähigkeitenpaket "Premium" mit uns vereinbart haben, sind alle Grundfähigkeiten des Grundfähigkeitenpakets "Plus" versichert. Zusätzlich erhalten Sie Leistungen, wenn die versicherte Person ab der Vollendung des siebzehnten Lebensjahres die Grundfähigkeit Autofahren voraussichtlich dauerhaft nicht erlernt oder verliert.

Was wir genau unter dieser Grundfähigkeit verstehen, beschreiben wir in § 2 Abschnitt II Absatz 20.

- (8) Für den Schutz bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit und den Schutz bei Pflegebedürftigkeit gilt: Bis wir entschieden haben, ob wir Ihren Antrag auf Leistung anerkennen, stunden wir Ihre Beiträge zinslos. Das bedeutet, Sie müssen zunächst keine Beiträge zahlen.

Wenn wir die Leistung nicht anerkennen, müssen Sie die gestundeten Beiträge nachzahlen. Falls Sie den Betrag nicht auf einmal bezahlen möchten, können wir auch vereinbaren, dass Sie ihn in Raten über maximal 24 Monate bezahlen. Sie können die Raten monatlich, vierteljährlich oder halbjährlich zahlen. Wenn auch dies für Sie schwierig ist, sprechen Sie uns bitte an.

Unter Umständen gibt es weitere Möglichkeiten, Ihnen die Nachzahlung der gestundeten Beiträge zu erleichtern. Dazu gehört auch die Möglichkeit, dass wir die gestundeten Beiträge durch eine Änderung Ihres Vertrages verrechnen. In diesem Fall müssen Sie die Beiträge nicht nachzahlen. Dabei erhöhen wir nach Rücksprache mit Ihnen entweder Ihren künftig zu zahlenden Beitrag oder wir setzen die versicherten Leistungen herab. Die herabgesetzten Leistungen dürfen jedoch die beitragsfreien Mindestsummen nicht unterschreiten. Über die Auswirkungen der Vertragsänderung informieren wir Sie gerne.

(9) Für

- den Schutz bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit und
- den Schutz bei Pflegebedürftigkeit

haben Sie ab diesem Zeitpunkt Anspruch auf die Leistungen:

- Der Monat, nachdem das Nichterlernen oder der Verlust der Grundfähigkeit oder die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.
- Frühestens aber zum Beginn des jeweiligen Schutzes. Dies gilt insbesondere, wenn Sie weitere Grundfähigkeiten erst nach Vertragsbeginn mit uns vereinbaren.

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

Auch bei rückwirkenden Leistungen gilt, dass wir keine mehrfachen Leistungen bei gleichzeitigem Vorliegen des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit zahlen.

(10) Die Zahlung der Rente wegen des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit beenden wir in diesen Fällen:

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

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

- Die versicherte Person erhielt Leistungen wegen des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit und das Nichterlernen oder der Verlust der Grundfähigkeit liegt nicht mehr vor, oder
- die versicherte Person erhielt Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit und es besteht nun keine Pflegebedürftigkeit mehr.

In den beiden genannten Fällen müssen Sie dann auch wieder Beiträge zahlen. Näheres dazu, wie wir unsere Leistung bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht einstellen, finden Sie in § 9.

Wenn bei der versicherten Person wegen der ursprünglichen Ursache ein Verlust einer bereits zuvor betroffenen, nachträglich erlernten oder wiedererlernten Grundfähigkeit eintritt, leisten wir für den Zeitraum in dem dieser Verlust der Grundfähigkeit besteht oder bestanden hat erneut, höchstens aber bis zum Ende der »*Leistungsdauer*. Das ist selbst dann der Fall, wenn die »*Versicherungsdauer* bereits abgelaufen ist. Dies gilt entsprechend für die Leistung bei Pflegebedürftigkeit. Unser Recht auf Nachprüfung unserer Leistungspflicht gemäß § 9 hat auch im Falle einer erneuten Leistungspflicht Bestand.

(11) Außer den im »*Versicherungsschein* ausgewiesenen »*garantierten Leistungen* erhalten Sie weitere Leistungen aus der »*Überschussbeteiligung* (siehe § 11).

(12) Der Versicherungsschutz aus der Grundfähigkeitsversicherung besteht weltweit.

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

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

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

- wie Sie eine Leistung beantragen,
- welche Unterlagen Sie uns einreichen müssen und
- wie Sie das Nichterlernen oder den Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder den Eintritt einer schweren Krankheit nachweisen können.

§ 2

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

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

I. Grundsätzliches, das für alle versicherten Grundfähigkeiten gilt

- (1) Wir leisten, wenn das Nichterlernen oder der Verlust einer versicherten Grundfähigkeit innerhalb der »Versicherungsdauer« voraussichtlich dauerhaft eintritt, frühestens aber ab dem Zeitpunkt, zu dem die versicherte Person das gemäß Abschnitt II für die betreffende Grundfähigkeit maßgebliche Alter erreicht hat. Was wir unter dem Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit verstehen, beschreiben wir in Abschnitt II. Das Nichterlernen oder der Verlust ist voraussichtlich dauerhaft, wenn das Nichterlernen oder der Verlust der versicherten Grundfähigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen besteht.

Außerdem müssen sämtliche dieser Bedingungen erfüllt sein:

- Der Beginn des genannten Zeitraums liegt innerhalb der »Versicherungsdauer« Ihrer Grundfähigkeitsversicherung.
- Die versicherte Grundfähigkeit wird wegen einer körperlichen Ursache nicht erlernt oder geht verloren. Dazu zählen auch organische und neurologische Erkrankungen.
- Wenn Sie
 - Ihren Versicherungsschutz nachträglich um eine Grundfähigkeit erweitern und
 - danach eine Leistung wegen des Nichterlernens oder Verlusts der neu hinzugekommenen Grundfähigkeit beantragen,

gilt außerdem:

- Das Nichterlernen oder der Verlust der Grundfähigkeit darf erst nach der Erweiterung des Versicherungsschutzes eingetreten sein. Genaueres dazu finden Sie in § 5.

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

- Das Nichterlernen oder der Verlust der versicherten Grundfähigkeit liegt bereits seit sechs Monaten ununterbrochen vor.
- Der Beginn dieses Zeitraums liegt dabei innerhalb der »Versicherungsdauer« Ihrer Grundfähigkeitsversicherung. Insbesondere liegt auch der Beginn des Nichterlernens oder Verlusts der Grundfähigkeit innerhalb der »Versicherungsdauer«.
- Das Nichterlernen oder der Verlust der Grundfähigkeit dauert weiterhin an.
- Die versicherte Grundfähigkeit wurde wegen einer körperlichen Ursache nicht erlernt oder ging verloren. Dazu zählen auch organische und neurologische Erkrankungen.
- Wenn Sie
 - Ihren Versicherungsschutz nachträglich um eine Grundfähigkeit erweitern und
 - danach eine Leistung wegen des Nichterlernens oder Verlusts der neu hinzugekommenen Grundfähigkeit beantragen,

gilt außerdem:

- Der Beginn des genannten Zeitraums muss nach dem Zeitpunkt der Erweiterung des Versicherungsschutzes liegen. Insbesondere muss auch der Beginn des Nichterlernens oder Verlusts der Grundfähigkeit nach diesem Zeitpunkt liegen. Genaueres dazu finden Sie in § 5.

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

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

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

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

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

II. Versicherte Grundfähigkeiten der einzelnen Pakete

Versicherte Grundfähigkeiten bei den Paketen "Plus" und "Premium" ab Vollendung des sechsten Lebensmonats

(1) Sehen - Nichterlernen oder Verlust der Sehfähigkeit

Ein Nichterlernen oder Verlust der Sehfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr sehen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- bis Vollendung des dritten Lebensjahres

- keine Reaktion auf Lichtreize zeigt, das heißt die versicherte Person wendet den Kopf nicht zur Lichtquelle

und

- auf beiden Augen bei entsprechenden Durchleuchtungstests (z. B. Brückner-Test) keine Lichtreflexe zeigt

oder

- ab Vollendung des dritten Lebensjahres

- je Auge über eine Sehschärfe von höchstens 3/60 (verbleibende Sehkraft von höchstens 5 Prozent) verfügt

oder

- je Auge über ein Gesichtsfeld verfügt, welches höchstens 15 Grad vom Zentrum in alle Richtungen beträgt.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Augenarztes belegen.

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

(2) Hören - Nichterlernen oder Verlust der Hörfähigkeit

Ein Nichterlernen oder Verlust der Hörfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr hören kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- bis Vollendung des dritten Lebensjahres

- keine Reaktion auf laute und leise Schallreize (z. B. lautes Klatschen oder leise Ansprache aus 1 Meter Entfernung) zeigt, das heißt die versicherte Person wendet den Kopf nicht zur Schallquelle oder reagiert nicht auf Ansprache

und

- je Ohr im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes (zwischen 1.000 und 3.000 Hertz) über ein Hörvermögen von höchstens 20 Prozent verfügt bzw. einen Hörverlust von mehr als 60 Dezibel aufweist

oder

- **ab Vollendung des dritten Lebensjahres** je Ohr im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes (zwischen 1.000 und 3.000 Hertz) über ein Hörvermögen von höchstens 20 Prozent verfügt bzw. einen Hörverlust von mehr als 60 Dezibel aufweist.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung belegen, indem ein Facharzt der Hals-Nasen-Ohrenheilkunde die Einschränkung durch wissenschaftlich anerkannte Testverfahren bestätigt. Ein solches Testverfahren ist zum Beispiel eine Tonaudiometrie oder eine Hirnstammaudiometrie (BERA). Ist die versicherte Person nicht imstande, aktiv bei der Hörschwellenbestimmung mitzuwirken, zum Beispiel bei Untersuchungen vor Vollendung des dritten Lebensjahres, so ist die Einschränkung der Hörfähigkeit grundsätzlich durch eine Hirnstammaudiometrie (BERA) nachzuweisen.

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

(3) Sprechen - Nichterlernen oder Verlust des Sprechvermögens

Ein Nichterlernen oder Verlust des Sprechvermögens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr sprechen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- **bis Vollendung des dritten Lebensjahres** nicht imstande ist, irgendwelche Laute, wie Brabbeln, Schreien, Kreischen, Lallen oder Lachen von sich zu geben

oder

- **ab Vollendung des dritten Lebensjahres** nicht imstande ist, sich in ihrem sozialen Umfeld gegenüber einem unbeteiligten Dritten verbal verständlich zu machen, das heißt

- die versicherte Person kann keine verständlichen Worte formen und aussprechen

oder

- die gesprochenen Worte ergeben keinen Sinn (sogenannte Wernicke-Aphasie).

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung belegen, indem ein Facharzt (z. B. Phoniatrie oder Pädaudiologie) die Einschränkung durch wissenschaftlich anerkannte Testverfahren bestätigt. Ein solches Testverfahren ist zum Beispiel ein altersnormierter Sprachentwicklungstest (z. B. SETK-2, SETK-3-5) oder der Aachener Aphasie-Test.

(4) Greifen/Handgebrauch - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Gebrauchs einer Hand

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Greifens bzw. Handgebrauchs liegt vor, wenn die versicherte Person mit ihrer linken oder ihrer rechten Hand nicht oder nicht mehr greifen bzw. diese Hand gebrauchen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- **bis Vollendung des dritten Lebensjahres** nicht imstande ist, mit der linken oder der rechten Hand gezielt nach Gegenständen in ihrer Reichweite, beispielsweise einer Rassel, zu greifen

oder

- **ab Vollendung des dritten Lebensjahres** nicht imstande ist, die rechte oder die linke Hand für alltägliche Verrichtungen einzusetzen. Alltägliche Verrichtungen sind zum Beispiel:

- eine Flasche mit Schraubverschluss schließen und wieder öffnen,
- einen Handschraubendreher bzw. Kinderwerkzeug benutzen,
- eine Schere bzw. Kinderschere benutzen oder
- ein Türschloss mit einem Schlüssel bzw. ein Spielzeugschloss mit einem Spielzeugschlüssel öffnen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(5) **Sitzen - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Sitzens**

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Sitzens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr sitzen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- **bis Vollendung des dritten Lebensjahres** nicht imstande ist, auf dem Schoß eines Erwachsenen mit Unterstützung, beispielsweise durch Stützen des Rückens, 30 Sekunden zu sitzen und ihren Kopf alleine zu halten

oder

- **ab Vollendung des dritten Lebensjahres** nicht imstande ist, auch mit Veränderung der Sitzhaltung oder Abstützen auf Armlehnen, für eine Dauer von 20 Minuten ununterbrochen auf einem Stuhl mit Rücken- und Armlehnen zu sitzen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(6) **Abstützen - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Abstützens**

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Abstützens liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht oder nicht mehr abstützen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- **bis Vollendung des sechsten Lebensjahres** nicht imstande ist, sich in Bauchlage auf die Unterarme zu stützen und diese Position für 30 Sekunden zu halten

oder

- **ab Vollendung des sechsten Lebensjahres** nicht imstande ist, sich auf festem, ebenen Boden dreimal hintereinander aus Bauchlage heraus und mit aufgesetzten Knien vom Boden abzurücken, bis die Arme durchgestreckt sind und wieder in Bauchlage zurückzukehren (knien-de Liegestütze).

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Versicherte Grundfähigkeiten bei den Paketen "Plus" und "Premium" ab Vollendung des dritten Lebensjahres

(7) **Gehen - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Gehens**

Ein Nichterlernen oder Verlust des Gehens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr gehen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- **bis Vollendung des sechsten Lebensjahres** nicht imstande ist, auf festem, ebenen Boden eine Distanz von 100 Metern gehend zurückzulegen, ohne sich abzustützen, sich zu setzen oder eine Pause von mehr als 60 Sekunden zu machen

oder

- **ab Vollendung des sechsten Lebensjahres** nicht imstande ist, auf festem, ebenen Boden eine Distanz von 400 Metern gehend zurückzulegen, ohne sich abzustützen, sich zu setzen oder eine Pause von mehr als 60 Sekunden zu machen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch ent-

sprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Nichterlernen oder Verlust des Gehens liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkungen können durch die Verwendung geeigneter sowie zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Ein solches Hilfsmittel kann zum Beispiel ein Gehstock oder eine Prothese sein.

(8) Stehen - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Stehens

Ein Nichterlernen oder Verlust des Stehens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr stehen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- **bis Vollendung des sechsten Lebensjahres** nicht imstande ist, auch unter Veränderung der Körperhaltung, für eine Dauer von 5 Minuten auf festem, ebenen Boden frei zu stehen, ohne sich dabei abzustützen

oder

- **ab Vollendung des sechsten Lebensjahres** nicht imstande ist, auch unter Veränderung der Körperhaltung, für eine Dauer von 10 Minuten auf festem, ebenen Boden frei zu stehen, ohne sich dabei abzustützen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Nichterlernen oder Verlust des Stehens liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkungen können durch die Verwendung geeigneter sowie zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Ein solches Hilfsmittel kann zum Beispiel eine Prothese oder eine Orthese sein. Unterarmgehstützen und Achselstützen zählen nicht zu diesen Hilfsmitteln.

(9) Treppensteigen - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Treppensteigens

Ein Nichterlernen oder Verlust des Treppensteigens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr Treppen steigen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist, eine (baurechtlich nach DIN 18065 zulässige) Treppe mit sechs Stufen gleichen Abstands, normaler Stufenhöhe (ca. 20 Zentimeter) und festem, ebenen Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen, ohne dabei eine Pause von mehr als 60 Sekunden machen zu müssen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Nichterlernen oder Verlust des Treppensteigens liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkungen können durch die Verwendung geeigneter sowie zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Ein solches Hilfsmittel kann zum Beispiel ein Handlauf oder eine Prothese sein. Unterarmgehstützen und Achselgehstützen zählen nicht zu diesen Hilfsmitteln.

(10) Knien - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Knien

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Knien liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr knien kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist, sich eigenständig auf einem festen, ebenen Boden hinzuknien, das heißt mit beiden Knien den Boden zu berühren, und danach eigenständig unter Abstützen am Boden wieder aufzustehen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(11) Bücken - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Bückens

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Bückens liegt vor, wenn die versicherte Person sich nicht oder nicht mehr bücken kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person, auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie z.B. Abstützen auf Gehhilfen oder am Mobiliar, nicht imstande ist, sich auf festem, ebenen Boden eigenständig zu bücken, so dass sie mit angewinkelten Knien den

Boden mit den Fingerspitzen berühren und sich danach wieder eigenständig aufrichten kann.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(12) Heben/Tragen - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Hebens und Tragens

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Hebens und Tragens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr heben und tragen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person

- **bis Vollendung des sechsten Lebensjahres** nicht imstande ist, mit beiden Händen einen mit Griffen versehenen Gegenstand des alltäglichen Gebrauchs mit einem Gewicht von 1 Kilogramm aufzuheben und diesen auf festem, ebenen Boden über eine Distanz von 5 Metern zu tragen

oder

- **ab Vollendung des sechsten Lebensjahres bis Vollendung des fünfzehnten Lebensjahres** nicht imstande ist, mit beiden Händen einen mit Griffen versehenen Gegenstand des alltäglichen Gebrauchs mit einem Gewicht von 2 Kilogramm aufzuheben und diesen auf festem, ebenen Boden über eine Distanz von 5 Metern zu tragen

oder

- **ab Vollendung des fünfzehnten Lebensjahres** nicht imstande ist, mit beiden Händen einen mit Griffen versehenen Gegenstand des alltäglichen Gebrauchs mit einem Gewicht von 5 Kilogramm aufzuheben und diesen auf festem, ebenen Boden über eine Distanz von 5 Metern zu tragen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(13) Armgebrauch - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Armgebrauchs

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Armgebrauchs liegt vor, wenn die versicherte Person ihren linken oder rechten Arm nicht oder nicht mehr auf Schulterhöhe gebrauchen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist, den linken oder den rechten Arm

- nach vorne oder zu Seite auszustrecken, ihn bis auf Schulterhöhe zu heben und ihn dort für eine Dauer von 10 Sekunden zu halten

und

- diesen Arm auf Schulterhöhe einzusetzen, zum Beispiel um ein Glas in ein Regal zu stellen oder ein Fenster zu schließen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Versicherte Grundfähigkeiten bei den Paketen "Plus" und "Premium" ab Vollendung des sechsten Lebensjahres

(14) Schreiben - Nichterlernen oder Verlust der Schreibfähigkeit

Ein Nichterlernen oder Verlust der Schreibfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr schreiben kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person weder mit der linken noch mit der rechten Hand mit einem Schreibstift mindestens fünf dreisilbige Wörter in Druckbuchstaben schreiben kann, so dass ein unbeteiligter Dritter sie lesen kann.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müs-

sen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(15) Tippen - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit, auf einer Tastatur oder einem Display zu tippen

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Tippens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr auf der Tastatur eines Computers, eines Tablets oder eines Smartphones tippen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist, mit einem Finger der rechten oder der linken Hand zielgerichtet

- auf einer mechanischen Tastatur
- oder
- auf einer Bildschirmtastatur eines Smartphones oder Tablets mit einer Displaydiagonale von mindestens 3,5 Zoll

zu tippen.

Zielgerichtet bedeutet hierbei, dass zum Beispiel mindestens fünf sinnvolle Wörter mit jeweils mindestens fünf Buchstaben innerhalb von 5 Minuten getippt werden können.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

(16) Gleichgewichtssinn - Nichterlernen oder Verlust des Gleichgewichtssinnes

Ein Nichterlernen oder Verlust des Gleichgewichtssinns liegt vor, wenn der Gleichgewichtssinn der versicherten Person nicht, nicht mehr oder nur stark gestört funktioniert. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist,

- über eine Distanz von 10 Metern mit geschlossenen Augen auf einer gedachten Linie ohne Fallneigung oder grobe Gangabweichungen geradeaus zu gehen (Blind-/Strichgang)
- oder
- mit geschlossenen Augen und parallel nach vorne gestreckten Armen mindestens 50 Schritte auf der Stelle zu treten und dabei die Knie bis in Hüfthöhe zu heben ohne dabei um mehr als 45 Grad um die eigene Körperachse zu rotieren (Unterberger-Tretversuch)
- oder
- mit geschlossenen Augen, parallel gestellten Füßen und parallel nach vorne gestreckten Armen oder vor der Brust verschränkten Armen ruhig auf der Stelle zu stehen ohne Verlagerung des Körperschwerpunktes oder Fallneigung (Romberg-Test).

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung belegen, indem ein Facharzt die Einschränkung durch wissenschaftlich anerkannte Testverfahren bestätigt. Solche Testverfahren sind zum Beispiel klinische Gleichgewichtstests (Prüfung auf einen Spontan-, Provokations-, Lage- oder Lagerungsnystagmus) oder technische Gleichgewichtsuntersuchungen (thermische/kinetische Gleichgewichtsprüfungen oder Posturographie). Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle eines Nichterlernens oder Verlusts des Gleichgewichtssinns aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.

(17) Fahrradfahren - Nichterlernen oder Verlust des Fahrradfahrens

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Fahrradfahrens liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr auf einem Fahrrad fahren kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist,

- sich auf ein Fahrrad ohne Mittelstange (Oberrohr) und mit tiefem Einstieg zu setzen und mit

diesem auf einer Strecke mit festem, ebenen Boden zu fahren

und

- auf diese Weise eine Strecke von 1.000 Metern innerhalb von 10 Minuten auf dem Fahrrad zurückzulegen.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Fahrradfahrens liegt nicht vor, wenn gilt: Die versicherte Person ist imstande, statt mit einem Fahrrad mit einem Therapie-/Sessel-Dreirad zu fahren oder die entsprechende Strecke in der geforderten Zeit auf einem Ergometer zurückzulegen.

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

(18) ÖPV-Nutzung - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit zur Nutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit zur Nutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs liegt vor, wenn die versicherte Person den öffentlichen Personennah- und -fernverkehr nicht oder nicht mehr nutzen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist, ohne fremde Hilfe in Transportmittel des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs einzusteigen, aus diesen auszusteigen oder durch sie befördert zu werden.

Hierbei gilt:

- Transportmittel des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs sind zum Beispiel Bahn, Straßenbahn, Bus, U-Bahn oder S-Bahn.
- Zur Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit wird eine maximale planmäßige Reisedauer von 2 Stunden sowie die Mitnahme eines Handgepäckstücks mit einem Gewicht von 1,5 Kilogramm zugrunde gelegt.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit zur Nutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs liegt nicht vor, wenn gilt: Diese Einschränkungen können durch die Verwendung geeigneter sowie zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Ein solches Hilfsmittel kann zum Beispiel eine Gehhilfe sein. Ebenfalls zählen Haltegriffe oder Sitze für Menschen mit Mobilitätseinschränkungen zu diesen Hilfsmitteln. Hierbei ist nicht relevant, ob diese Hilfsmittel sich im Besitz der versicherten Person befinden oder ob sie durch den Transportdienstleister bereitgestellt oder bedient werden. Bitte beachten Sie: Eine Bedienung durch das Personal wird dabei nicht als fremde Hilfe angesehen.

(19) Autoeinstieg und -ausstieg - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit in einen Personenkraftwagen ein- oder aus diesem auszusteigen

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Ein- oder Aussteigens in oder aus einem Personenkraftwagen (PKW) liegt vor, wenn die versicherte Person nicht oder nicht mehr in einen PKW ein- oder aus diesem aussteigen kann. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist, als Fahrer oder Mitfahrer ohne fremde Hilfe durch eine Tür - vorne oder hinten - in einen PKW mit einer üblichen Einstiegshöhe ein- oder aus diesem auszusteigen. Als üblicher Einstieg wird hierbei eine Türschwelle bis höchstens 25 Zentimeter sowie ein Standardautositz mit einer Sitzhöhe von 50 Zentimeter bis höchstens 70 Zentimeter oberhalb der Fahrbahn angesetzt.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch Befundberichte eines Facharztes belegen. Diese müssen bestätigen, dass die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sind.

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Autoeinstiegs und -ausstiegs liegt nicht vor, wenn

gilt: Diese Einschränkungen können durch die Verwendung geeigneter sowie zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden. Ein solches Hilfsmittel kann zum Beispiel eine Umsetz- und Aufrichthilfe sein. Ebenfalls zählen die Sitzeinstellung sowie integrierte Haltegriffe des PKWs zu diesen Hilfsmitteln.

Zusätzlich versicherte Grundfähigkeiten im Paket "Premium" ab Vollendung des siebzehnten Lebensjahres

(20) Autofahren - Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Führens eines Kraftfahrzeugs

Ein Nichterlernen oder Verlust der Fähigkeit des Autofahrens liegt vor, wenn die versicherte Person, nicht oder nicht mehr zum Führen eines Personenkraftwagens (PKW) in der Lage ist. Dies bedeutet, dass die versicherte Person nicht imstande ist, eine Fahrerlaubnis für PKW zu erwerben oder ihr die Fahrerlaubnis nachweislich entzogen wurde.

Das Nichterlernen oder der Verlust der Fähigkeit muss auf einer körperlichen Ursache beruhen. Sie müssen die jeweilige Einschränkung durch ein verkehrsmedizinisches Gutachten belegen. Dieses muss bestätigen, dass eine körperliche Einschränkung der versicherten Person für das Nichterlernen oder den Verlust der Fähigkeit des Autofahrens und damit für den Nicht-Erwerb oder den Entzug der Fahrerlaubnis ursächlich ist.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle eines Nichterlernens oder Verlusts der Fähigkeit des Autofahrens aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.

III. Vorliegen von Pflegebedürftigkeit

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

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

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

- Fortbewegen im Zimmer

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

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

fortzubewegen und

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

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

- Aufstehen und Positionswechsel

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

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

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

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

- **An- und Auskleiden**

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

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

- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**

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

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

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

- **Waschen**

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

Das bedeutet, dass die versicherte Person

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

nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbstständig durchführen kann.

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

- **Verrichten der Notdurft**

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

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

Kein Hilfebedarf besteht, wenn das Nutzen von speziellen Griffen, einer Toilette mit Duschfunktion oder anderer technischer Hilfsmittel das Verrichten der Notdurft ermöglicht.

Besteht eine Inkontinenz des Darms oder der Blase, so gilt zusätzlich: Es muss geprüft werden, ob die Inkontinenz des Darms und/oder der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Wenn Hilfsmittel verwendet werden können, liegt hinsichtlich der

Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor. Diese Hilfsmittel können zum Beispiel sein:

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

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

- **Kommunizieren**

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

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

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

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

- **Denkvermögen**

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

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

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

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

- **Umgang mit Emotionen**

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

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiterschlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen oder zielloses Umhergehen) benötigt,
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege oder der Nahrungsaufnahme) ablehnt,
- unter Angstattacken oder Wahnvorstellungen leidet, das heißt sie fühlt sich verfolgt/be-

- droht/bestohlen und hat starke Ängste oder
- antriebslos oder schwer depressiv ist, das heißt sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf und wirkt apathisch.

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

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

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

Wir können Wiederholungsuntersuchungen fordern, um die Diagnose zu bestätigen.

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

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

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

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

§ 3

Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vor?

- (1) Leistungen wegen des Eintritts einer schweren Krankheit können Sie nur erhalten, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Die Information hierüber finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein.
- (2) Wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben, ist der Eintritt dieser schweren Krankheiten gegeben, wenn die versicherte Person an einer schweren körperlichen oder geistigen Erkrankung leidet, die
 - aus medizinischen Gründen eine mindestens achtwöchige ununterbrochene stationäre Behandlung in einer Klinik oder einem Krankenhaus erfordert
 - und
 - insgesamt voraussichtlich länger als sechs Monate ärztlich behandelt wird oder bereits mindestens sechs Monate ununterbrochen ärztlich behandelt wurde.

Als ärztliche Behandlung gelten alle medizinisch anerkannten und notwendigen Maßnahmen eines Arztes (nicht Therapeut oder Heilpraktiker) zur Behandlung von medizinisch diagnostizierten Krankheiten.

Ein Aufenthalt in einer Rehabilitationseinrichtung zählt nicht als stationäre Behandlung.

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

- (3) Die vereinbarten Leistungen aus Ihrem Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit erbringen wir auch
- bei Beginn einer Chemo-, Strahlen- oder zielgerichteten personalisierten Tumorthherapie aufgrund eines bösartigen Tumors oder einer Erkrankung des blutbildenden Systems,
 - bei Diagnose eines Schädelhirntraumas Grad 3,
 - bei einer aufgrund von Organversagen von Herz, Lunge, Leber oder Niere notwendigen Organtransplantation bei Aufnahme auf die Transplantationswarteliste,
 - bei Erleiden von Verbrennungen 3. Grades, Verätzungen 3. Grades oder Vergiftungen 3. Grades (gemäß Poisoning Severity Score),
 - bei Diagnose einer unheilbaren Erkrankung mit einer voraussichtlichen Restlebenserwartung von maximal zwölf Monaten,
 - bei einer länger als acht Wochen andauernden stationären Unterbringung in einer psychiatrischen Klinik aufgrund einer psychischen Erkrankung mit Eigen- oder Fremdgefährdung,
 - bei einem mindestens sieben Tage andauernden Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf externe Reize oder körpereigene Bedürfnisse unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen (Koma).

§ 4
In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum »*Leistungsfall* gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon. Im Einzelfall können wir mit Ihnen auch darüber hinaus noch weitere Leistungsausschlüsse vereinbaren. Diese finden Sie in Ihren individuellen Vertragsunterlagen.
- (2) Das Nichterlernen oder der Verlust einer Grundfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und schwere Krankheiten können verschiedene Ursachen haben. Haben Sie den jeweiligen Schutz mit uns vereinbart, leisten wir bei diesen Ursachen nicht:
- Bei inneren Unruhen, wenn die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - Bei kriegerischen Ereignissen. Wir leisten aber bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen ein, an denen die versicherte Person nicht aktiv beteiligt war. Diese Ausnahme gilt aber nur bei kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.
Wir leisten ebenfalls bei dieser Ausnahme: Der Versicherungsfall tritt während rein humanitärer Hilfeleistungen oder friedenssichernder oder friedenserhaltender Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten ein. Dies gilt nur, wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei, Bundespolizei oder anderer staatlich beauftragter Organisationen daran teilnimmt. Der Einsatz muss mit Mandat der NATO, UN oder OSZE oder einer humanitären Hilfsorganisation erfolgt sein.
 - Bei dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen. Außerdem bei dem vorsätzlichen Einsatz oder dem vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese beiden Ausnahmen gelten nur in diesem Fall: Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss der Einsatz oder das Freisetzen dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den »*Rechnungsgrundlagen* führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.
 - Bei absichtlich herbeigeführtem Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit, jeweils selbst herbeigeführter Pflegebedürftigkeit oder schwerer Krankheit, absichtlicher Selbstverletzung oder versuchter Selbsttötung. Wir leisten aber, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
 - Bei der vorsätzlichen Ausführung oder dem strafbaren Versuch eines »*Verbrechens* oder »*Vergehens* durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind

davon nicht betroffen. Dies gilt beispielsweise für fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße im Straßenverkehr.

- Wenn Sie vorsätzlich das Nichterlernen oder den Verlust einer Grundfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit oder eine schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben.
- Bei Strahlung, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährdet oder schädigt. Die Gefährdung durch die Strahlung muss sehr hoch sein: Um diese abzuwehren und zu bekämpfen, muss eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig geworden sein.

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss Ihres Vertrages. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie den »*Versicherungsschein* erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der im »*Versicherungsschein* als Beginn der Versicherung angegeben ist. Bitte beachten Sie in diesem Zusammenhang auch die Regelungen zur Beitragszahlung in § 22.

Fügen Sie einen Schutz erst nachträglich hinzu (siehe § 18), beginnt Ihr Versicherungsschutz für den hinzugefügten Schutz erst mit Abschluss der neuen Vertragskomponente. Das ist in der Regel der Fall, wenn Sie den entsprechenden Nachtrag zu Ihrem »*Versicherungsschein* erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor zwölf Uhr am Mittag des Tages, der im Nachtrag zum »*Versicherungsschein* als Beginn der Änderung angegeben ist.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt eines Leistungsfalls

§ 6 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

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

Besonders wichtig ist das bei Fragen zu

- Erkrankungen und
- gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

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

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

II. Rücktritt

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

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

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

- (2) Wenn wir vom Vertrag zurücktreten, haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wir müssen aber ausnahmsweise doch leisten, wenn wir erst nach dem Eintritt eines »*Leistungsfalls* vom Vertrag zurückgetreten sind. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie nachweisen, dass

- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für den Eintritt oder die Feststellung des »*Leistungsfalls*« waren oder
- die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände nicht die Ursache für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht waren.

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

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

III. Kündigung

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

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

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

IV. Vertragsanpassung

- (1) Wenn

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

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

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

- (2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats fristlos kündigen, nachdem Sie eine Mitteilung von uns erhalten haben:
- Der Beitrag erhöht sich durch die Anpassung des Vertrags um mehr als 10 Prozent oder
 - wir versichern den nicht oder falsch angezeigten Umstand nicht.

Mehr zum Thema Kündigung finden Sie in § 15.

V. Ausübung unserer Rechte

- (1) Unsere vorgenannten Rechte können wir nur in den ersten fünf Jahren seit Abschluss des Vertrags ausüben. Wenn vor Ablauf der ersten fünf Jahre ein »*Leistungsfall*« eintritt, gilt: Wir können die Rechte noch nach Ablauf dieser Frist geltend machen. Wenn Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzen, beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich ausüben. Die Frist beginnt, wenn wir erfahren haben, dass Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt haben.
- (3) Die Fristen gelten erneut, wenn Sie nach einer Beitragsfreistellung die Versicherung »*wiederherstellen*«. Das gilt auch für jede Änderung, die unsere Leistung erweitert, wenn wir dafür eine erneute »*Gesundheitsprüfung*« verlangen.
Bitte beachten Sie: Dies trifft insbesondere auf die Wechselmöglichkeiten nach § 18 zu.

VI. Anfechtung

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

VII. Erklärungsempfänger

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

§ 7

Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?

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

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

II. Bei Eintritt einer schweren Krankheit der versicherten Person

- (1) Wenn Sie Leistungen wegen des Eintritts einer schweren Krankheit verlangen, müssen Sie uns den Eintritt der schweren Krankheit in »Textform« melden. Bitte schicken Sie uns darüber hinaus diese Unterlagen:
 - Die fachärztliche Diagnose der schweren Krankheit oder die fachärztliche Indikation (medizinische Maßnahme).
 - Den Operationsbericht für die Operation der jeweiligen schweren Krankheit, sofern eine Operation durchgeführt wurde.
 - Berichte über stationäre Krankenhaus- und Klinikaufenthalte aufgrund der Erkrankung.
- (2) Medizinische Verfahren müssen die ärztliche Diagnose bestätigen. Diese Verfahren können sein:
 - Klinische Untersuchungen,
 - radiologische Untersuchungen,
 - histologische Untersuchungen oder
 - zytologische Untersuchungen.

Zusätzlich müssen Sie uns Unterlagen über Laboruntersuchungen vorlegen.
- (3) Die Kosten für die einzureichenden Unterlagen zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht.

III. Weitere Nachweise

- (1) Die ärztlichen Nachweise und Bescheinigungen muss ein in der EU niedergelassener Arzt erstellen. Dies gilt für die Nachweise und Bescheinigungen
 - zum Nichterlernen oder Verlust und zum Fortbestehen des Nichterlernens oder Verlusts der Grundfähigkeit (siehe Abschnitt I),
 - zum Eintritt und zum Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit (siehe Abschnitt I) und
 - zum Eintritt einer schweren Krankheit (siehe Abschnitt II).

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

Übersetzer erstellt haben.

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

- (2) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch Ärzte verlangen, die wir beauftragen. Wir können auch weitere notwendige Nachweise anfordern, dazu gehören besonders auch zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten dafür zahlen wir. Wenn eine ärztliche Begutachtung der versicherten Person notwendig ist, gilt: Wir können verlangen, dass die erforderlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt in einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Dies gilt besonders, wenn sich die versicherte Person im Ausland aufhält. Die Kosten für die Untersuchung und die üblichen Kosten für Reise und Übernachtung zahlen wir.
- (3) Bei der Prüfung eines Antrags auf Leistung benötigen wir regelmäßig Auskünfte anderer Personen oder Institutionen. Das können sein:
- Ärzte,
 - Krankenhäuser, psychiatrische Kliniken und sonstige Krankenanstalten oder
 - Alten- und Pflegeheime,

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

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

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

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

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

Wenn uns die versicherte Person

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

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

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

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

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

Immer zumutbar sind damit

- Maßnahmen der medizinischen Grundversorgung (zum Beispiel Blutkontrollen, Physiotherapie, Behandlung von Allergien) und

- die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (zum Beispiel Prothesen, Seh- oder Hörhilfen, Stützstrümpfe) sowie
- logopädische Maßnahmen.

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

§ 8

Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

I. Mitwirkungspflicht zum Zeitpunkt des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit sowie zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit und einer schweren Krankheit

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistung beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 7 und § 9. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistung nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls nicht beeinflusst. Ebenso ist es möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. In beiden Fällen stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

II. Mitwirkungspflicht während der Leistungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange Sie, die versicherte Person oder derjenige, der die Leistung beansprucht, eine Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt. Dies gilt für die Mitwirkungspflichten nach § 9. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht dürfen wir unsere Leistung kürzen. Die Kürzung muss in einem angemessenen Verhältnis zur Schwere des Verschuldens stehen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, werden wir unsere Leistung nicht kürzen. Es ist möglich, dass die Verletzung der Mitwirkungspflicht die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht nicht beeinflusst. Dann stehen Ihnen weiter die Leistungen aus Ihrem Vertrag zu.

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

Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 9

Was gilt für die Nachprüfung des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit?

(1) Auch nachdem wir unsere Leistungspflicht anerkannt oder festgestellt haben, gilt: Wir dürfen im weiteren Verlauf das Fortbestehen des Nichterlernens oder Verlusts der Grundfähigkeit der versicherten Person erneut prüfen. Wir dürfen auch prüfen, ob die Pflegebedürftigkeit weiter fortbesteht. Hierbei legen wir die altersentsprechenden Definitionen der Grundfähigkeiten gemäß § 2 Abschnitt II zum Zeitpunkt der Nachprüfung zugrunde. Ebenso werden die altersentsprechenden Untersuchungen und Nachweise zum Zeitpunkt der Nachprüfung verlangt.

(2) Um unsere Leistungspflicht zu prüfen, können wir

- jederzeit sachdienliche Auskünfte und
- einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der versicherten Person

verlangen. Die ärztlichen Untersuchungen werden durch Ärzte durchgeführt, die wir beauftragen. Die Kosten für die Auskünfte oder Untersuchungen zahlen wir. Beachten Sie dazu bitte auch § 7 Abschnitt III Absatz 1.

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

- das Nichterlernen oder der Verlust der Grundfähigkeit nicht mehr gegeben ist oder
- keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegt.

(4) Wenn wir die Leistung aus dem Schutz bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit beenden, informieren wir Sie in »*Textform*«. Das gilt, wenn kein Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit oder keine Pflegebedürftigkeit mehr vorliegen. Ab diesem Zeitpunkt zahlen wir keine Rente mehr und Sie müssen wieder Beiträge zahlen. Wenn wir den Wegfall unserer Leistungspflicht im

Rahmen einer Nachprüfung (siehe Absatz 1) festgestellt haben, gilt abweichend: Unsere Leistungen enden drei Monate, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben. Wenn es noch weitere Personen gibt, die Ansprüche auf Leistungen haben, informieren wir diese ebenfalls in »*Textform*.

- (5) Melden Sie uns den Leistungsfall erst nach Wegfall des Verlusts einer Grundfähigkeit, gilt abweichend von Absatz 4: Wir erbringen die vertraglich versicherten Leistungen für den Verlust einer Grundfähigkeit lediglich für den Zeitraum des ärztlich nachgewiesenen Verlusts einer Grundfähigkeit. Dasselbe gilt für Leistungen aufgrund des Nichterlernens einer Grundfähigkeit oder aufgrund von Pflegebedürftigkeit.

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

- (1) Wir verpflichten uns, innerhalb von drei Wochen, nachdem wir die Unterlagen bekommen haben,
- Sie über unsere Entscheidung zu unserer Leistungspflicht zu informieren oder
 - weitere Unterlagen zum Prüfen von Ihnen anzufordern oder
 - Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte einleiten werden (zum Beispiel, wenn wir ein neutrales Gutachten einholen).

Solange wir Sie nicht über unsere Leistungspflicht informiert haben, teilen wir Ihnen mindestens alle vier Wochen den aktuellen Stand mit.

- (2) Wir erkennen Leistungen wegen des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit zeitlich unbefristet an.

Überschussbeteiligung

§ 11 Wie sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

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

I. Überschussermittlung

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

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

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

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

- (4) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum »*Überschuss* bei. Deshalb haben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die

»*Überschüsse* auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des »*Überschusses* beigetragen haben.

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

II. Zuteilung von Überschüssen

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

III. Überschussverwendung in der leistungsfreien Zeit

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

- **Beitragsreduktion** (wenn vereinbart)

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

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

Auch die zugehörigen Prozentsätze deklarieren wir separat.

Den »*Überschussanteil* gewähren wir von Versicherungsbeginn an bis zum ersten »*Stammtag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er verringert Ihren zu zahlenden Gesamtbeitrag.

Diese »*Überschussanteile* gewähren wir Ihrem Vertrag unter dem Vorbehalt, dass der Versicherungsvertrag bis zum vereinbarten Vertragsende unverändert fortgeführt wird. Bei einer Änderung des Versicherungsvertrages werden diejenigen Teile der »*Überschussbeteiligung*, die zur Risikodeckung noch nicht benötigt wurden, neu festgelegt. Zu den Änderungen zählen dabei Kündigung, Beitragsfreistellung, Reduzierung des Beitrags und Reduktion des Umfangs an versicherten Leistungen. Bitte beachten Sie hierzu § 16 Abschnitt I Absatz 3 sowie § 18 Abschnitt II Absatz 4.

- **Sofortbonus** (wenn vereinbart)

Sie erhalten einen Bonus in Prozent der versicherten Rente aus dieser Versicherung. Wir gewähren den Bonus von Versicherungsbeginn an bis zum ersten »*Stammtag* nach Versicherungsbeginn und dann jeweils für ein Jahr. Er erhöht die versicherte Rente im Falle des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit oder des Eintritts der Pflegebedürftigkeit.

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

Bei einer etwaigen Herabsetzung des Bonus haben Sie das Recht, ohne erneute »*Risikoprüfung* den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Aufstockung wiederherzustellen.

IV. Überschussverwendung in der leistungspflichtigen Zeit

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

V. Beteiligung an Bewertungsreserven

Grundlegendes zur Beteiligung an den »*Bewertungsreserven*

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

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

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

Kosten

§ 12 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Wenn Sie den Vertrag abschließen und wenn sich Ihre Beiträge während der Laufzeit erhöhen, entstehen »*Kosten*. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rechnung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) regelt, welche »*Kosten* dazu zählen. Dazu gehören beispielsweise
 - Provision für den Versicherungsvermittler,
 - Kosten für die Prüfung des Antrags,

- Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
 - Kosten für Werbung.
- (2) Die Abschlusskosten fallen einmalig zu Beginn des Vertrags an. Bei Erhöhungen der Beiträge während der Vertragslaufzeit fallen die zusätzlichen Abschlusskosten zum Zeitpunkt der Erhöhung an. Die Höhe der Abschlusskosten zu Beginn des Vertrags können Sie dem in den Angebotsunterlagen enthaltenen Informationsblatt entnehmen.
Wir wenden für Ihren Versicherungsvertrag das Zillmerverfahren an. Das ist ein Verfahren zur Verrechnung der einmalig anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung. Das Zillmerverfahren bedeutet, dass Sie mit Ihren ersten Beiträgen diese einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten zahlen. Außerdem verwenden wir Ihre Beiträge für:
- Leistungen im Versicherungsfall,
 - laufende »Kosten für den Abschluss und die Verwaltung des Vertrags in der jeweiligen »Versicherungsperiode und
 - die Bildung einer »Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) in Verbindung mit § 169 Absatz 3 des Versicherungsvertragsgesetzes.
- Der Betrag, den Sie für die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten mit Ihren ersten Beiträgen zahlen müssen, ist begrenzt: Nach der Deckungsrückstellungsverordnung zahlen Sie dafür maximal 2,5 Prozent Ihrer gesamten Beiträge während der Laufzeit des Vertrags.
- (3) Wenn sich Ihr Beitrag während der Vertragslaufzeit erhöht, fallen zu diesem Zeitpunkt für den zusätzlichen Teil des Beitrags ebenfalls Abschlusskosten an. Dies ist zum Beispiel bei dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen der Fall. Für die zusätzlichen Abschlusskosten gelten dieselben Regelungen wie in Absatz 2 zu den einmaligen Abschlusskosten zu Vertragsbeginn.
- (4) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der ersten Zeit Ihres Vertrags nur ein geringes »Deckungskapital vorhanden ist. Damit sind auch zunächst nur geringe Beträge zur Bildung beitragsfreier Versicherungsleistungen vorhanden. Daher können Sie finanzielle Nachteile haben, wenn Sie den Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen. Mehr dazu finden Sie in § 15 und § 16. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 13 Gebühren

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

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für den »Versicherungsschein ausstellen,
- Sie Beiträge nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir die Beiträge nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen (Rückläufer im Lastschriftverfahren),
- oder Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen. Änderungen sind zum Beispiel eine Stundung (siehe § 16 Abschnitt V), eine Reduzierung des Beitrags (siehe § 16 Abschnitt II) oder eine Reduktion des Umfangs der versicherten Leistungen (siehe § 18 Abschnitt II).

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

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

Wenn Sie uns nachweisen, dass

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

kann die »*Gebühr*« entsprechend entfallen oder sinken.

Änderungen des Vertrages bzw. der Beiträge

§ 14

Unter welchen Umständen können die vereinbarten Beiträge neu festgesetzt werden?

(1) § 163 Versicherungsvertragsgesetz enthält Regelungen zur Neufestsetzung des Beitrags. Wir dürfen danach den vereinbarten Beitrag neu festlegen, wenn alle der folgenden Punkte zutreffen:

- Der Leistungsbedarf hat sich gegenüber den »*Rechnungsgrundlagen*« des vereinbarten Beitrags geändert. Die Veränderung ist weder vorübergehend noch war sie voraussehbar.
- Der nach den berichtigten »*Rechnungsgrundlagen*« neu festgesetzte Beitrag ist angemessen. Er muss außerdem notwendig sein, um die dauernde Erfüllbarkeit der Leistungen aus der Versicherung zu gewährleisten.
- Ein unabhängiger Treuhänder hat die »*Rechnungsgrundlagen*« und die genannten Voraussetzungen überprüft und bestätigt.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist aber ausgeschlossen, falls

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

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

(2) Wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen zutreffen und Ihre Versicherung beitragsfrei ist, dürfen wir die Leistungen aus der Versicherung reduzieren. Dies gilt nicht, wenn und solange wir Ihnen bereits eine Rentenleistung aus dieser Versicherung zahlen. Sie haben das Recht, ohne erneute »*Risikoprüfung*« den bisherigen Versicherungsschutz durch eine entsprechende Zuzahlung wiederherzustellen.

(3) Wir werden Sie in »*Textform*« über den neu festgesetzten Beitrag oder die reduzierten Leistungen informieren. Die Änderungen werden zwei Monate nach unserer Mitteilung wirksam.

§ 15

Was gilt bei Kündigung?

(1) Sie können Ihre Versicherung während der Beitragszahlungsdauer jederzeit für den Schluss der laufenden »*Versicherungsperiode*« ganz oder teilweise kündigen. Eine »*Versicherungsperiode*« ist bei jährlich vereinbarter »*Beitragszahlweise*« der Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »*Stammtagen*«. Bei halbjährlicher, vierteljährlicher oder monatlicher Zahlweise unterteilen wir diesen Zeitraum in halbe oder Vierteljahre oder in Monate.

(2) Bei einer Kündigung stellen wir Ihren Vertrag beitragsfrei. Bei einer nur teilweisen Kündigung reduzieren wir Ihren Beitrag. Näheres hierzu finden Sie jeweils in § 16. Ein »*Rückkaufswert*« fällt nicht an.

(3) Bei einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch darauf, dass wir Ihnen Ihre Beiträge zurückzahlen.

§ 16

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

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

I. Beitragsfreistellung

(1) Sie können Ihre Beitragszahlung jederzeit zum Schluss der laufenden »*Versicherungsperiode*« einstellen. Ihren Wunsch teilen Sie uns bitte in »*Textform*« mit. Andernfalls müssten wir Sie zunächst mahnen (siehe § 22 Abschnitt II).

(2) Bei Beitragsfreistellung wandeln wir Ihre Versicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit reduzierten Leistungen um. Für die Berechnung der beitragsfreien Leistungen wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die »*Rechnungsgrundlagen*« der Prämienkalkulation. Haben Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart, entspricht die reduzierte »*garantierte Einmalleistung*« aus diesem Schutz der reduzierten »*garantierten versicherten Jahresrente*«.

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

- Der Betrag des »*Deckungskapitals*«, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.
- Hierbei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze für die Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 12).
- Den Betrag finden Sie auch in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrem »*Versicherungsschein*«. Wir bezeichnen ihn dort als "garantiertes Guthaben" und weisen ihn in der Garantiewerttabelle aus.

(3) Den aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Leistungen zur Verfügung stehende Betrag mindern wir um

- rückständige Beiträge sowie um
- einen Abzug.

Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Haben Sie für Ihren Vertrag das Überschussystem »*Beitragsreduktion*« (siehe § 11 Abschnitt III Absatz 1) vereinbart, gilt zudem: Wir ziehen bereits unter Vorbehalt gewährte, aber noch nicht verdiente »*Überschüsse*« ab.

Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Beitragsfreistellung erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
- b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versichertengemeinschaft kein Nachteil entsteht.
- c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Vertrag beitragsfrei stellen, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch hierfür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.
- d. Mit zunehmendem Alter erwarten wir eine größere Häufigkeit von »*Leistungsfällen*«. Dementsprechend müsste ein jährlich unterschiedlicher Beitrag in Rechnung gestellt werden. Der Ihrem Vertrag zugrunde liegende Tarif verteilt die Beiträge über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages so, dass Ihr Vertrag einen konstanten Bruttobeitrag vorsieht. Beitragsteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt. Sie werden in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von »*Leistungsfällen*« nicht ausreicht. Das Überschussystem »*Beitragsreduktion*« (siehe § 11 Abschnitt III Absatz 1) ist diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den »*Überschüssen*« ist als Prozentsatz der Beiträge definiert. Dadurch ergeben sich »*Überschussanteile*«, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dies im Vertragsverlauf wieder aus. Wenn Sie für Ihren Vertrag das Überschussystem »*Beitragsreduktion*« vereinbart haben, gilt bei einer Änderung des Vertrages wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach § 138 Absatz 2 VAG: Es muss derjenige Teil der vorfinanzierten »*Überschüsse*« an die Versichertengemeinschaft wieder zurückgegeben werden, der zur Risikodeckung noch nicht verbraucht wurde.

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

Über die Höhe des Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle

in Ihren Vertragsunterlagen, beispielsweise in Ihrem »*Versicherungsschein*».

- (4) Eine Fortführung der Versicherung unter Freistellung von der Pflicht zur Beitragszahlung ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Rente, gerechnet auf das Jahr, mindestens 1.200 EUR beträgt.

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

II. Reduzierung des Beitrags

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

Den in Abschnitt I Absatz 3 beschriebenen Abzug nehmen wir in diesem Fall anteilig vor. Die herabgesetzte jährliche versicherte Rente darf auch in diesem Fall 1.200 EUR nicht unterschreiten.

III. Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags

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

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

- Bei der versicherten Person liegt kein Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
- Bei der versicherten Person liegt keine schwere Krankheit vor. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.

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

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

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

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

- (2) Wenn Sie nach einer beitragsfreien Zeit die Zahlungen wieder aufnehmen oder nach einer Reduzierung des Beitrags Ihren Beitrag wieder erhöhen, gilt: Sie können Ihre Versicherungsleistungen vor Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags durch eine Erhöhung der zukünftig zu zahlenden Beiträge wiederherstellen. Falls Sie die zukünftigen Beiträge nicht erhöhen möchten, werden wir die Versicherungsleistungen neu ermitteln. Für die Berechnung der neuen Leistungen wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Grundlage für die Festlegung der Leistungen sind die »*Rechnungsgrundlagen*» der Prämienkalkulation. Haben Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart, entspricht die reduzierte »*garantierte Einmalleistung*» aus diesem Schutz der reduzierten »*garantierten versicherten Jahresrente*».

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

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

IV. Folgen einer Beitragsfreistellung oder Reduzierung des Beitrags

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, können Sie finanzielle Nachteile haben. In der ersten Zeit des Vertrags verrechnen wir die einmaligen Abschluss- und Vertriebskosten. Deshalb sind zunächst nur geringe Beträge zur Bildung beitragsfreier Versicherungsleistungen vorhanden. Die beitragsfreien Leistungen erreichen möglicherweise noch nicht den Mindestwert für eine Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt I Absatz 4). In diesem Fall erlischt Ihre Versicherung. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten finden Sie in § 12 Absatz 2.

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

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

V. Stundung

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

Eine Stundung Ihrer Beiträge ist nur möglich, sofern

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

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

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

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

§ 17

Was gilt für die dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung?

I. Dynamik Ihrer Grundfähigkeitsversicherung

- (1) Wenn Sie eine dynamische Erhöhung Ihrer Versicherung vereinbart haben, erhöhen sich Ihre Beiträge im vereinbarten Rhythmus jeweils um den vereinbarten Prozentsatz ohne erneute »*Risikoprüfung*«.

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

- (2) Die Erhöhungen des Beitrags führen wir jeweils zum »*Stammtag*« durch. Die erste Erhöhung nach dem Beginn der Versicherung erfolgt dabei frühestens, nachdem ein volles Jahr vergangen ist.

- (3) Wir teilen Ihnen mit, wie sich bei vereinbarter Erhöhung des Beitrags die zugehörigen versicherten Leistungen erhöhen.

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

- (4) Für die Berechnung der Höhe der zusätzlichen Versicherungsleistungen verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »Rechnungsgrundlagen. Diese »Rechnungsgrundlagen legen wir jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

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

Wir benachrichtigen Sie vor jeder Erhöhung.

- (5) Sie können innerhalb von zwei Monaten nach dem Termin der Erhöhung auf die Erhöhung des Beitrags verzichten. Auch wenn Sie mehrmals auf eine Erhöhung verzichten, erlischt ihr Recht auf dynamische Erhöhungen nicht.
- (6) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
- (7) Wenn Sie Rentenleistungen aus Ihrer Versicherung erhalten, erfolgen keine weiteren Erhöhungen mehr. Dies ist der Fall bei Leistungen wegen Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit. Wenn keine Leistungspflicht mehr besteht und wir die Zahlung der Rente wieder einstellen, können Sie erneut einen Antrag auf dynamische Erhöhungen Ihres Vertrags stellen.
- (8) Wir führen die letzte Erhöhung spätestens ein Jahr vor Ablauf der Dauer der Beitragszahlung durch.
- (9) Unsere Leistungen betragen höchstens 18.000 EUR pro Jahr gesamte versicherte Rente bei Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit bzw. als einmalige Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit inklusive eines eventuellen »Sofortbonus. Wenn die versicherten Leistungen diese Grenze aufgrund von dynamischen Erhöhungen oder Nachversicherungen überschreiten würden, führen wir keine weiteren dynamischen Erhöhungen mehr durch.

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

- (1) Bei Vertragsabschluss können Sie eine garantierte Steigerung der Rente im Leistungsbezug vereinbaren. Das bedeutet:

Wenn Sie eine Rentenleistung wegen des Nichterlernens oder Verlusts einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit erhalten, gilt:

- Wir erhöhen jährlich die Rente, die wir Ihnen zahlen.
- Die Erhöhungen finden zu jedem »Stammtag statt, der auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt.
- Wir erhöhen die Renten um den vereinbarten Prozentsatz. Diesen finden Sie in Ihrem »Versicherungsschein. Dabei erhöhen wir jeweils die bisherige, vor dem jeweiligen »Stammtag gezahlte Rente.
- Die Beiträge für eine Grundfähigkeitsversicherung mit garantierter Steigerung der Rente im Leistungsbezug sind höher als diejenigen für eine solche ohne Steigerung.
- Wenn unsere Leistungspflicht wegfällt, endet die Zahlung der Rente (siehe § 1 Absatz 9). Wenn später erneut ein Versicherungsfall eintritt, zahlen wir wieder die Rente in der ursprünglich vereinbarten Höhe. Diese steigt dann in den folgenden Jahren wieder durch die garantierte Steigerung der Rente im Leistungsbezug.

Sie haben jedoch die Möglichkeit, die versicherten Leistungen gegen einen erhöhten Beitrag auf den Stand vor Wegfall der Leistungspflicht anzuheben. Für die Berechnung des erhöhten Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.

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

chen.

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

§ 18

Wann können Sie den versicherten Umfang Ihrer Leistungen ändern?

Sie können den versicherten Umfang an Leistungen während der Laufzeit Ihres Vertrages ändern. Das heißt Sie können sowohl Ihr Grundfähigkeitenpaket ändern als auch den Schutz bei schwerer Krankheit hinzu- oder abwählen. Ebenso können Sie die versicherten Leistungen bei Nichterlernen oder Verlust von Grundfähigkeiten, bei Pflegebedürftigkeit oder bei Eintritt einer schweren Krankheit erhöhen oder reduzieren. Wann Sie das tun können und was dabei jeweils zu beachten ist, beschreiben wir Ihnen hier.

I. Erweiterung des Umfangs der versicherten Leistungen

- (1) Unter einer Erweiterung des Umfangs der versicherten Leistungen verstehen wir:
- Wechsel vom Grundfähigkeitenpaket "Plus" in "Premium",
 - Hinzufügen des Schutzes bei Eintritt einer schweren Krankheit,
 - Erhöhung der versicherten Rente bzw. Einmalleistung.
- (2) Eine Erweiterung Ihres Grundfähigkeitenpakets oder Erhöhung der versicherten Leistungen können Sie jederzeit bei uns beantragen. Wir führen dann eine erneute vollständige »Gesundheitsprüfung« durch. Auf dieser Grundlage entscheiden wir dann, ob und zu welchen Konditionen ein Wechsel oder eine Erhöhung möglich ist.

Ausnahme: Bei verschiedenen Anlässen können Sie Ihre versicherten Leistungen auch ohne erneute »Risikoprüfung« erhöhen, sofern diese nach Versicherungsbeginn eingetreten sind. Welche Anlässe dies sind und welche weiteren Bedingungen erfüllt sein müssen, damit Sie Ihr Recht auf anlassabhängige Erhöhung ausüben können, beschreiben wir in Absatz 3.

- (3) Eine Erhöhung Ihrer versicherten Leistungen kann zu den folgenden Anlässen, sofern diese Anlässe nach Versicherungsbeginn eingetreten sind, auch ohne erneute »Risikoprüfung« erfolgen:
- a. Die versicherte Person hat das schulpflichtige Alter erreicht und die Einschulung auf einer Regelschule ist ohne sonderpädagogischen Förderbedarf erfolgt.
 - b. Nach Abschluss der Grundschule wechselt die versicherte Person auf eine weiterführende Regelschule.
 - c. Die versicherte Person erreicht die Volljährigkeit.

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

Für die anlassabhängige Erhöhung gelten zudem folgende Grenzen:

- Bei der Erhöhung muss sich die versicherte Rente inklusive eines eventuellen »Sofortbonus« um mindestens 300 EUR und um maximal 6.000 EUR pro Jahr erhöhen.
 - Die gesamten bei uns versicherten Renten wegen des Nichterlernens oder des Verlusts einer Grundfähigkeit inklusive eines eventuellen »Sofortbonus« dürfen nach der Erhöhung maximal 18.000 EUR pro Jahr betragen.
- (4) Für die Erweiterungen des Umfangs der versicherten Leistungen gelten die folgenden Voraussetzungen:
- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt.
 - Bei der versicherten Person liegt kein Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit vor.
 - Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.
 - Bei der versicherten Person liegt keine schwere Krankheit vor. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben oder durch den Wechsel hinzufügen.

Diese Erweiterungen des Umfangs der versicherten Leistungen sind bis fünf Jahre vor dem verein-

barten Ablauf der »*Versicherungsdauer* möglich.

- (5) Eine Erweiterung des Umfangs der versicherten Leistungen erhöht Ihren Beitrag. Für die Berechnung der Höhe des zusätzlichen Beitrags verwenden wir die zum Zeitpunkt der Erhöhung aktuellen »*Rechnungsgrundlagen*. Diese »*Rechnungsgrundlagen* legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Erhöhung fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:
- die Entwicklung der Lebenserwartung,
 - die Rendite der Kapitalanlagen und
 - die dann aktuellen Bestimmungen für die Kalkulation unserer Prämien. Diese Bestimmungen ergeben sich aus Gesetzen und Verordnungen, beispielsweise aus dem Versicherungsaufsichtsgesetz (»*VAG*).

II. Reduktion des Umfangs der versicherten Leistungen

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

- Wechsel vom Grundfähigkeitenpaket "Premium" in "Plus",
- Abwahl des Schutzes bei Eintritt einer schweren Krankheit,
- Senkung der versicherten Rente bzw. Einmalleistung.

- (2) Sie können den Umfang der versicherten Leistungen immer zum nächsten Fälligkeitstermin Ihres Beitrags reduzieren. Die Reduktion des Umfangs der versicherten Leistungen ist jedoch nur bis fünf Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der »*Versicherungsdauer* möglich.

Voraussetzung ist, dass Sie noch Beiträge für Ihren Vertrag zahlen. Andernfalls ist eine Reduktion nicht möglich.

- (3) Eine Reduktion des Umfangs der versicherten Leistungen reduziert auch Ihren Beitrag. Für die Berechnung des reduzierten Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an.

Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Reduktion aktuellen »*Rechnungsgrundlagen*. Diese »*Rechnungsgrundlagen* legen wir dann jeweils zum Zeitpunkt der Reduktion fest. Dabei berücksichtigen wir insbesondere:

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

- (4) Den aus Ihrer Versicherung für die Berechnung des Beitrags bereits zur Verfügung stehenden Betrag mindern wir um einen Abzug. Die Erhebung dieses Abzugs vereinbaren wir auf der Grundlage dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen mit allen unseren Versicherungsnehmern. Den Abzug vereinbaren wir aus folgenden Gründen: Wenn Sie den Umfang Ihrer versicherten Leistungen reduzieren, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Dies gleichen wir durch den Abzug aus. Außerdem nehmen wir damit einen Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vor. Haben Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem »*Beitragsreduktion* (siehe § 11 Abschnitt III Absatz 1) vereinbart, gilt zudem: Wir ziehen anteilig bereits unter Vorbehalt gewährte, aber noch nicht verdiente »*Überschüsse* ab.

Die Höhe des Abzuges haben wir auf der Basis von pauschalen Annahmen bestimmt. Sie hängt auch davon ab, in welchem Vertragsjahr die Reduktion erfolgt. Um den Abzug festzulegen, nehmen wir Folgendes an:

- a. Bei einer Reduktion entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
- b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko ihre Leistungen eher reduzieren als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug gleicht dies aus, damit der Versichertengemeinschaft kein Nachteil entsteht.
- c. Mit dem vereinbarten Versicherungsschutz erhalten Sie von uns Garantien und Optionen. Dafür stellt der Bestand aller Versicherten einen Teil des erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) zur Verfügung. Auf diese Weise partizipiert Ihr Vertrag nach seinem Beginn an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Im Gegenzug muss Ihr Vertrag während der weiteren Laufzeit seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Wenn Sie den Umfang an versicherten Leis-

tungen reduzieren, gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand teilweise verloren. Der Abzug ist daher auch hierfür ein Ausgleich. Wenn wir die Optionen und Garantien über externes Kapital finanzieren würden, wäre dies wesentlich teurer.

- d. Mit zunehmendem Alter erwarten wir eine größere Häufigkeit von »*Leistungsfällen*«. Dementsprechend müsste ein jährlich unterschiedlicher Beitrag in Rechnung gestellt werden. Der Ihrem Vertrag zugrunde liegende Tarif verteilt die Beiträge über die gesamte Laufzeit des Versicherungsvertrages so, dass Ihr Vertrag einen konstanten Bruttobeitrag vorsieht. Beitragsteile, die in einem Jahr zur Risikodeckung nicht benötigt werden, werden in einer Rückstellung zurückgestellt. Sie werden in den Jahren zur Finanzierung der Risikodeckung herangezogen, in denen der Beitrag wegen der größeren Häufigkeit von »*Leistungsfällen*« nicht ausreicht. Das Überschusssystem »*Beitragsreduktion*« (siehe § 11 Abschnitt III Absatz 1) ist diesem Mechanismus angepasst. Die Beteiligung an den »*Überschüssen*« ist als Prozentsatz der Beiträge definiert. Dadurch ergeben sich »*Überschussanteile*«, die von der Versichertengemeinschaft Ihrem Versicherungsvertrag vorfinanziert werden. Wird der Versicherungsvertrag unverändert fortgeführt, gleicht sich dies im Vertragsverlauf wieder aus. Wenn Sie für Ihren Vertrag das Überschusssystem »*Beitragsreduktion*« vereinbart haben, gilt bei einer Änderung des Vertrages wegen des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach § 138 Abs. 2 VAG: Es muss anteilig derjenige Teil der vorfinanzierten »*Überschüsse*« an die Versichertengemeinschaft wieder zurückgegeben werden, der zur Risikodeckung noch nicht verbraucht wurde.

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

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

- (5) Wenn Sie Ihren Umfang an versicherten Leistungen reduzieren, können Sie finanzielle Nachteile haben. Bereits verrechnete einmalige Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 12) erstatten wir nicht zurück. Wir informieren Sie gerne.

III. Regelungen für alle Änderungen Ihres Umfangs an versicherten Leistungen

- (1) Bei ausschließlichem Wechsel von Grundfähigkeitenpaket "Premium" in "Plus" oder "Plus" in "Premium" sowie Hinzufügen oder Abwählen des Schutzes bei Eintritt einer schweren Krankheit, bleibt die Höhe der versicherten Leistungen stets unverändert. Die versicherte Rente bleibt nach dem Wechsel gleich, ebenso Ihre versicherte Einmalleistung, wenn Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit mit uns vereinbart haben.

Fügen Sie den Schutz bei Eintritt einer schweren Krankheit hinzu, entspricht die »*garantierte versicherte Einmalleistung*« immer der »*garantierten versicherten Rente*« für ein Jahr.

Ihren Beitrag passen wir wie beschrieben an.

- (2) Bitte beachten Sie, dass wir wie in § 13 beschrieben eine »*Gebühr*« für eine Reduktion des Umfangs Ihrer versicherten Leistungen erheben.
- (3) Bitte teilen Sie uns Ihren Wunsch auf Änderung des Umfangs der versicherten Leistungen in »*Textform*« mit.

§ 19 Wann können Sie die Leistungsdauer Ihres Vertrags verlängern?

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

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

- (2) Für die Option auf Verlängerung der »*Leistungsdauer*« Ihres Vertrags gelten diese Voraussetzungen:
- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistungen aus Ihrem Vertrag gezahlt.
 - Bei der versicherten Person liegt kein Nichterlernen oder Verlust einer Grundfähigkeit vor.
 - Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor.

- Bei der versicherten Person liegt keine schwere Krankheit vor. Dies muss nur erfüllt sein, wenn Sie diesen Schutz auch mit uns vereinbart haben.
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

Die Verlängerung der »*Leistungsdauer* ist zudem nur bis 5 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf der aktuellen »*Versicherungsdauer* möglich.

(3) Für die Verlängerung der »*Leistungsdauer* Ihres Vertrags gilt:

- Sie können die »*Leistungsdauer* Ihres Vertrag maximal um die auf die versicherte Person zutreffende tatsächliche Differenz des gesetzlichen Renteneintrittsalters vor und nach der Anhebung verlängern.
- Es erfolgt keine Anhebung der »*Versicherungsdauer*.
- Es erfolgt keine Verlängerung der Dauer der Beitragszahlung.
- Fällt das Ende der »*Leistungsdauer* nicht auf einen Zahlungstermin, dann gilt: Die letzte Rentenzahlung erfolgt nur entsprechend anteilig für die Dauer der letzten Zahlungsperiode.

(4) Sie haben die Wahl, ob bei der Verlängerung der »*Leistungsdauer* entweder der aktuelle Beitrag oder die aktuelle Höhe der Leistungen beibehalten werden soll. Für die Berechnung der neuen Leistungen oder des neuen Beitrags wenden wir anerkannte Regeln der Versicherungsmathematik an. Wir verwenden die zum Zeitpunkt der Verlängerung bereits für den Vertrag geltenden »*Rechnungsgrundlagen*.

Wechsel in die Berufsunfähigkeitsversicherung oder den Fähigkeitenschutz

§ 20

Unter welchen Bedingungen können Sie in die Berufsunfähigkeitsversicherung oder den Fähigkeitenschutz wechseln?

I. Anlassabhängiger Tarifwechsel

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

Diese Anlässe sind:

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

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

Darüber hinaus gilt:

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

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

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

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

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

- Ein Wechsel in einen Tarif der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder der Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) ist ausgeschlossen.
 - Ein Wechsel in einen Tarif des Fähigkeitenschutzes erfolgt unter Übertragung der bestehenden Leistungsausschlüsse und Zuschläge auf Ihren neuen Vertrag.
- (3) Wenn Sie Ihre Option auf anlassabhängigen Tarifwechsel ausüben, werden wir mit Ihnen einen neuen Vertrag in dem von Ihnen gewählten Zieltarif schließen. Für diesen neu zu schließenden Vertrag gilt:
- a. Der Vertragsschluss im gewählten Zieltarif erfolgt ohne erneute »Risikoprüfung« gemäß der zum Wechselzeitpunkt gültigen tariflichen Bestimmungen und Vertragsbedingungen sowie unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien.
 - b. Es kann für die Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) und Grundfähigkeitsversicherung maximal eine jährliche Rente in Höhe der zum Zeitpunkt des Wechsels versicherten jährlichen Grundfähigkeitenrente, höchstens aber bis zu einer Rentenleistung von maximal 18.000 EUR pro Jahr abgesichert werden.
- (4) Ihr Vertrag des Gothaer Fähigkeitenschutzes Kids erlischt infolge der Ausübung der Wechseloption mit Versicherungsbeginn des neu geschlossenen Vertrages im von Ihnen gewählten Zieltarif.

II. Tarifwechsel bei Ablauf Ihres Vertrages des Gothaer Fähigkeitenschutzes Kids

- (1) Wenn Sie die unter Abschnitt I beschriebene Option auf anlassabhängigen Wechsel zu keinem der genannten Anlässe ausüben, haben Sie bei Ablauf der Vertragsdauer Ihres aktuellen Vertrages erneut die Möglichkeit einen Tarifwechsel zu beantragen.

Hierbei gilt:

- a. Bei Wechsel in einen Tarif der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) führen wir eine verkürzte »Gesundheitsprüfung« durch.
- b. Ein Wechsel in einen Tarif des Fähigkeitenschutzes kann ohne »Risikoprüfung« vorgenommen werden.

Ein Tarifwechsel bei Ablauf Ihres aktuellen Vertrages kann jedoch nur erfolgen, wenn die ausgeübte berufliche Tätigkeit der versicherten Person gemäß den zum Zeitpunkt des Wechsels geltenden Annahmerichtlinien versicherbar ist. Darüber hinaus müssen die Voraussetzungen nach Absatz 2 erfüllt sein.

Um den Tarifwechsel bei Ablauf Ihres Vertrages vorzunehmen, müssen Sie uns Ihren Wunsch auf Wechsel innerhalb von zwölf Monaten vor Vertragsablauf Ihres aktuellen Vertrages in »Textform« mitteilen.

- (2) Ein Wechsel in die selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung, der Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) oder den Fähigkeitenschutz der Gothaer Lebensversicherung AG kann nur erfolgen, wenn wir zum Zeitpunkt des Wechsels einen entsprechenden Tarif anbieten und die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen noch keine Versicherungsleistung aus Ihrem Vertrag gezahlt und Sie haben

- auch nie Leistungen aus Ihrem Vertrag beantragt;
- Bei der versicherten Person liegt kein Nichterlernen oder Verlust einer versicherten Grundfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Berufsunfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Erwerbsminderung oder Erwerbsunfähigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Pflegebedürftigkeit vor;
- Bei der versicherten Person liegt keine Krankschreibung vor;
- Ihr Vertrag wurde nicht vorzeitig beitragsfrei gestellt.

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

- Ein Wechsel in einen Tarif der selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung oder der Rentenversicherung mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) ist ausgeschlossen.
 - Ein Wechsel in einen Tarif des Fähigkeitenschutzes erfolgt unter Übertragung der bestehenden Leistungsausschlüsse und Zuschläge auf Ihren neuen Vertrag.
- (3) Wenn wir zum Vertragsablauf Ihres Fähigkeitenschutzes für Kinder einen Tarifwechsel für Sie durchführen, schließen wir mit Ihnen einen neuen Vertrag in Ihrem gewünschten Zieltarif. Für diesen neu zu schließenden Vertrag gilt:
- a. Der Vertragsschluss erfolgt gemäß der zum Wechselzeitpunkt gültigen tariflichen Bestimmungen und Vertragsbedingungen sowie unter Berücksichtigung der zu diesem Zeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien.
 - b. Es kann für die Berufsunfähigkeitsversicherung, Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ) und Grundfähigkeitsversicherung maximal eine jährliche Rente in Höhe der zum Zeitpunkt des Wechsels versicherten jährlichen Grundfähigkeitsrente, höchstens aber bis zu einer Rentenleistung von maximal 18.000 EUR pro Jahr abgesichert werden.
- (4) Ihr Vertrag des Gothaer Fähigkeitenschutzes Kids erlischt bei Durchführung des Tarifwechsels mit Versicherungsbeginn des neu geschlossenen Vertrages im von Ihnen gewählten Zieltarif, spätestens aber mit Ablauf der ursprünglich vereinbarten Vertragslaufzeit.

Sonstige Regelungen

§ 21

Wer erhält die Versicherungsleistung?

I. Leistungsempfänger

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

II. Bezugsberechtigung

- (1) Sie können eine Person oder Personengruppe widerruflich oder unwiderruflich als bezugsberechtigt benennen.
- (2) Bis der Versicherungsfall eintritt, können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Bezugsberechtigt kann nur die versicherte Person oder ein Angehöriger der versicherten Person gemäß § 15 Abs. 1 Nr. 2 bis 7 der Abgabenordnung sein. Das sind
 - Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Verwandte und Verschwägerte in gerader Linie,
 - Geschwister,
 - Kinder der Geschwister,
 - Ehegatten oder Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Ehegatten oder Lebenspartner,
 - Geschwister der Eltern.
- (4) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen in »*Textform*«

bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.

- (5) Bitte informieren Sie uns in »*Textform*«, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

III. Abtretung - Verpfändung

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

§ 22 Beitragszahlung

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

I. Erster Beitrag

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

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

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

II. Folgebeiträge

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

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

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

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

unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

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

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers

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

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

§ 24 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

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

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

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

Versicherungsombudsmann

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

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

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

- (3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

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

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

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

Rechtsweg

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

Unser Beschwerdemanagement

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

lv_service@gothaer.de

Anhang: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Beitragsreduktion

Beitragsreduktion bezeichnet eine Form der »*Überschussbeteiligung*« in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten »*Überschüsse*«, um Ihren zu zahlenden Beitrag zu verringern. Näheres finden Sie in § 11.

Beitragszahlweise

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

Bewertungsreserven

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

Deckungskapital

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

Deckungsrückstellung

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

Garantierte Leistungen (versicherte Rente / Einmalleistung)

Die garantierte versicherte Rente oder die garantierte Einmalleistung sind die versicherten Leistungen, die Sie mit uns für den »*Leistungsfall*« vereinbart haben. Zusätzlich zur garantierten Leistung können Sie eine Leistung aus der »*Überschussbeteiligung*« erhalten, die nicht garantiert ist. Die Höhe der garantierten Leistungen finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*«.

Gebühr

Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als »*Kosten*« zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrages aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 13.

Gesundheitsprüfung

Die Gesundheitsprüfung ist Teil der »*Risikoprüfung*«. Vor Abschluss einer Versicherung stellen wir Fragen zu der Gesundheit der zu versichernden Person. Mit diesen Antworten schätzen wir ein, ob wir den Antrag zu normalen Bedingungen annehmen. Falls Vorerkrankungen vorliegen, können wir Zuschläge auf den Beitrag verlangen, bestimmte Leistungen ausschließen oder den Antrag ablehnen. Es ist wichtig, dass die Fragen zur Gesundheit richtig beantwortet werden. Denn sonst können wir in bestimmten Fällen vom Vertrag zurücktreten oder Ihnen eine Leistung versagen. Näheres dazu finden Sie in § 6. Auch wenn Sie während der Laufzeit die Leistungen erhöhen oder den versicherten Umfang der Leistungen wechseln möchten, können wir eine Gesundheitsprüfung durchführen. Mehr dazu finden Sie in § 18.

Gewinnrente

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

HGB

Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Inkrafttreten (beispielsweise einer Beitragsfreistellung)

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

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den »*Gebühren*« sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 12. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden Sie in Ihrem Informationsblatt.

Leistungsdauer

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

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

Leistungsfall

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

Natürliche Person

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

Rechnungsgrundlagen

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

Rentenzahlungsperiode

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

Rentenzahlweise

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

Risikoprüfung

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

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des garantierten »*Deckungskapitals* zum Zeitpunkt einer Kündigung oder Beitragsfreistellung. Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir für die Berechnung beitragsfreier Leistungen zugrunde legen. Mehr zur Beitragsfreistellung finden Sie in § 16. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und der zugehörigen beitragsfreien Leistung bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrags finden Sie beispielsweise in Ihrem »*Versicherungsschein*.

Sofortbonus

Sofortbonus bezeichnet eine Form der »*Überschussbeteiligung* in der leistungsfreien Zeit. Wir verwenden die jährlich zugeteilten »*Überschüsse*, um Ihre versicherte Rente oder die Einmalleistung im »*Leistungsfall* zu erhöhen. Näheres finden Sie in § 11.

Stamntag

Der Stamntag ist der erste Tag des Monats, in dem die Versicherung abläuft. Den Ablauffermin Ihrer Versicherung finden Sie in Ihrem »*Versicherungsschein*.

Textform

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

Überschussanteil

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

Überschussdeklaration

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

Überschuss, Überschussbeteiligung

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

Überschussverwendung

Die Überschussverwendung ist die Art und Weise, wie wir »*Überschüsse* den Verträgen bei der »*Überschussbeteiligung* zuteilen. Das kann zum Beispiel eine »*Beitragsreduktion*, ein »*Sofortbonus* oder eine »*Gewinnrente* sein. Näheres finden Sie in § 11.

Überschusszuteilung

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

VAG

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

Verantwortlicher Aktuar

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

Verbrechen

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

Vergehen

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

Versicherungsdauer

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

Versicherungsperiode

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

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

Versicherungsschein

Der Versicherungsschein ist die Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag.

VVG

Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).

Wiederherstellung, Wiederinkraftsetzung

Wenn Ihr Vertrag für einen gewissen Zeitraum beitragsfrei war, können Sie unter bestimmten Umständen die Beitragszahlung wieder aufnehmen. Dann sprechen wir von einer Wiederherstellung oder Wiederinkraftsetzung. Näheres dazu erfahren Sie in § 16.

Wirksamkeitstermin (beispielsweise einer Kündigung)

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