

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Gothaer Perikon - Fondsgebundene Risikoabsicherung (FC13-2 und FC13-3 Deutschland)

Inhaltsverzeichnis

Teil A: Leistungsbeschreibung	1
§ 1 Vertragstyp	1
§ 2 Versicherungsschutz - Kosten - Fonds	1
§ 3 Unsere Leistungen im Überblick.....	1
§ 4 Unsere Leistungen im Einzelnen	1
§ 5 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen.....	5
§ 6 Nachversicherung	6
§ 7 Dynamische Erhöhungen Ihres Vertrages - Beitragserhöhungen ohne Gesundheitsprüfung	7
§ 8 Überschussbeteiligung	7
Teil B: Der Fonds	9
§ 1 Anlagerisiko - Beitragsberechnung.....	9
§ 2 Vertragsüberprüfung	9
§ 3 Ihre Fondsauswahl	10
§ 4 Abschluss- und Vertriebskosten	11
§ 5 Rückkaufswert - Kündigung	11
§ 6 Vorauszahlung.....	12
Teil C: Allgemeine Bestimmungen	13
§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes	13
§ 2 Beitragszahlung.....	13
§ 3 Beitragsgarantie.....	13
§ 4 Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung	13
§ 5 Gebühren	14
§ 6 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages	14
§ 7 Leistungsempfänger	16
§ 8 Bezugsberechtigung	16
§ 9 Abtretung - Verpfändung	16
§ 10 Nachweise im Leistungsfall	16
§ 11 Mitwirkungspflicht.....	18
§ 12 Ergänzende Rechte und Pflichten bei Berufsunfähigkeit.....	18
§ 13 Mitteilungen - Umzug.....	19
§ 14 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung	19
Anhang I	20
Definition der versicherten schweren Krankheiten	20
Anhang II	30
Definition der Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit	30
1 Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen	30
2 Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen.....	30
3 Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen.....	32
Anhang III	34
Anhang IV	35
Glossar	35

Allgemeine Versicherungsbedingungen für Gothaer Perikon - Fondsgebundene Risikoabsicherung (FC13-2 und FC13-3 Deutschland)

In diesen Versicherungsbedingungen sind die Regelungen zu verschiedenen Leistungen beschrieben, die innerhalb eines Vertrags vereinbart werden können. Ihr Vertrag muss nicht unbedingt alle Leistungen umfassen. Für Ihren Vertrag gelten daher diejenigen Regelungen nicht, die Leistungen betreffen, die nicht in Ihrem Vertrag enthalten sind. Welche Leistungen Sie vereinbart haben, entnehmen Sie bitte Ihrer »**Police**«.

Wenn in den Bedingungen von Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit gesprochen wird, so ist damit immer die Pflegebedürftigkeit, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen gemeint. Was darunter zu verstehen ist, wird in Anhang II beschrieben.

Begriffe die »**kursiv**« hervorgehoben sind, werden im Glossar erläutert.

Teil A: Leistungsbeschreibung

- § 1 Vertragstyp** Sie haben eine »**Fondsgebundene Risikoversicherung**« abgeschlossen. Den Umfang des Versicherungsschutzes entnehmen Sie bitte den §§ 3 und 4.
- § 2 Versicherungsschutz - Kosten - Fonds**
- (1) Im »**Leistungsfall**« zahlen wir in der Regel einmalig das »**um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen**«, mindestens aber die für das jeweilige Risiko vereinbarte Summe. Danach endet Ihr Vertrag. Bei mitversicherten Kindern gelten die in § 4 Abschnitt III beschriebenen Sonderregelungen. Bei Berufsunfähigkeit zahlen wir - sofern vereinbart - eine Rente (vgl. § 4 Abschnitt VI).
 - (2) Unsere Leistungen erbringen wir grundsätzlich in Euro. Auf Wunsch übertragen wir gegen eine »**Gebühr**« die vorhandenen Fondsanteile (Naturalleistung) auf ein geeignetes Depotkonto Ihrer Wahl. Bei Berufsunfähigkeit zahlen wir - sofern vereinbart - ausschließlich in Euro. Die Bewertung der Fondsanteile ergibt sich aus Anhang III. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie gerne.
 - (3) Ihre Beiträge investieren wir in die von Ihnen gewählten Fonds. Wir erheben keinen »**Ausgabeaufschlag**«.
 - (4) Aus Ihrem Fondsvermögen werden zur Finanzierung des Versicherungsschutzes Beträge entnommen. Zudem werden aus dem Fondsvermögen die Abschlusskosten und laufenden Verwaltungskosten bestritten. Die Höhe der »**Kosten**« ist in Ihren Versicherungsunterlagen (Produktinformationsblatt) angegeben.
- § 3 Unsere Leistungen im Überblick**
- (1) Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Schutz Sie gemäß Ihrer »**Police**« mit uns vereinbart haben. Es bestehen die folgenden Möglichkeiten:
 - Leistung im Todesfall
 - Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit
 - Leistung bei Erwerbsunfähigkeit
 - Leistung bei Pflegebedürftigkeit
 - Leistung bei Berufsunfähigkeit
 - (2) Sie haben grundsätzlich nur den Anspruch auf eine Leistung. Sobald eine der versicherten Leistungen fällig geworden ist, verlieren Sie den Anspruch auf weitere Leistungen und Ihr Vertrag wird beendet. Ausnahmen werden im Folgenden ausdrücklich benannt.
 - (3) Beachten Sie bitte auch Teil B: §§ 1 und 2 zum Anlagerisiko und zur Vertragsüberprüfung.
- § 4 Unsere Leistungen im Einzelnen**
- I. Leistung im Todesfall**
- (1) Bei Tod der »**versicherten Person**« zahlen wir das »**um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen**«, min-

destens aber die vereinbarte Leistung für den Todesfall. Mit dem Tod der »**versicherten Person**« endet Ihr Vertrag.

- (2) Solange die »**versicherte Person**« jünger als sieben Jahre ist, ist die Leistung im Todesfall auf die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten begrenzt. Diese Regelung ergibt sich aus § 150 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz (»**VVG**«). Die Höhe der gewöhnlichen Beerdigungskosten liegt aktuell (Stand 2011) bei 8.000 EUR.

II. Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit

- (1) Bei Eintritt einer schweren Krankheit zahlen wir das »**um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen**«, mindestens aber die vereinbarte Versicherungssumme. Die schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen muss während der Laufzeit des Vertrags bei der »**versicherten Person**« eintreten.
- (2) Der Eintritt einer schweren Krankheit wird im Anhang I definiert. Dort sind auch bestimmte Fälle benannt, in denen wir nicht leisten oder die Leistung beschränken. Bitte beachten Sie insbesondere, dass bei der im Anhang I definierten tödlichen Krankheit nur die vertraglich vereinbarte Leistung im Todesfall fällig wird.
- (3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht im Regelfall nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose. Der Anspruch entsteht nur sofern die »**versicherte Person**« diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten im Anhang I ausdrücklich benannt.
- (4) Bei einigen schweren Krankheiten setzt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit ein. Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrags. Die Wartezeiten zu den einzelnen schweren Krankheiten finden Sie im Anhang I.
- (5) Ihr Vertrag endet am Monatsersten nach dem Monat, in dem der Anspruch auf die Versicherungsleistung entstanden ist (siehe Abs. 3 und 4).

III. Leistung für mitversicherte Kinder

- (1) Sofern der »**Versicherungsnehmer**« eine »**natürliche Person**« ist, sind die leiblichen und adoptierten Kinder der »**versicherten Person**« hinsichtlich einer schweren Krankheit mitversichert. Für diese Mitversicherung gilt:
 - Zum Zeitpunkt des Eintritts der schweren Krankheit müssen sie mindestens ein Jahr alt sein und dürfen den 18. Geburtstag noch nicht erreicht haben.
 - Es gelten die in Absatz 7 genannten Ausnahmen.
- (2) Wir erbringen eine Leistung, wenn bei einem Kind der »**versicherten Person**« während der Vertragslaufzeit eine der im Anhang I definierten schweren Krankheiten eintritt. Unsere Leistung beträgt ein Drittel der für die »**versicherte Person**« vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 25.000 EUR.
- (3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht im Regelfall nach Ablauf von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose. Der Anspruch entsteht nur sofern das mitversicherte Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten im Anhang I ausdrücklich benannt.
- (4) Für jedes Kind der »**versicherten Person**« besteht Versicherungsschutz.
- (5) Durch die Leistung für ein mitversichertes Kind wird der Bestand des Vertrages nicht berührt. Bei Leistung für ein mitversichertes Kind wird der Vertrag nicht gem. § 3 Abs. 2 beendet und es besteht auch weiterhin Anspruch auf Leistungen. Allerdings wird die Leistung für jedes Kind nur einmal gezahlt. Das gilt auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten.
- (6) Bei Leistungen für mehrere mitversicherte Kinder wird insgesamt maximal die Versicherungssumme für die »**versicherte Person**« gezahlt.
- (7) Für mitversicherte Kinder wird in folgenden Fällen keine Leistung erbracht:
 - Tod
 - Erwerbsunfähigkeit
 - Pflegebedürftigkeit
 - Berufsunfähigkeit
 - schwere Krankheit "HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit"
 - Übrige Erkrankungen des zentralen Nervensystems.

Zudem wird keine Teilleistung für die im Anhang I beschriebene schwere Krankheit "Multiple Sklerose" für mitversicherte Kinder gezahlt.

- (8) Für mitversicherte Kinder setzt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer einjährigen Wartezeit ein. Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrags bzw. mit der Geburt, je nachdem welcher Zeitpunkt später liegt.
- (9) In den folgenden Fällen besteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung für mitversicherte Kinder:
 - Die Symptome für eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen treten erstmalig bereits im ersten Jahr nach Zahlung des ersten Beitrags auf.
 - Die Symptome für eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen treten erstmalig bereits im ersten Lebensjahr des mitversicherten Kindes auf.
 - Die schwere Krankheit ist direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen, die bereits im ersten Lebensjahr des Kindes bestanden hat. Gleiches gilt, wenn die Vorerkrankung schon vor Vertragsschluss oder zum Zeitpunkt der Adoption bestanden hat. Dabei spielt es keine Rolle, ob sich die schwere Krankheit durch Symptome bemerkbar gemacht hat oder nicht. Dies bedeutet, dass der Anspruch auf die Versicherungsleistung auch dann entfällt, wenn Sie von der Krankheit nichts wussten.

IV. Leistung bei Erwerbsunfähigkeit (sofern vereinbart)

- (1) Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen wird im Anhang II definiert.
- (2) Der Anspruch auf Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit besteht, wenn:
 - Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben und
 - 6 Monate seit dem Eintritt der Erwerbsunfähigkeit vergangen sind und
 - die Erwerbsunfähigkeit ohne Unterbrechung bestand.
- (3) Wir zahlen das **»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen**, mindestens aber einen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Der Prozentsatz der Versicherungssumme beträgt
 - bis einschließlich Alter 55: 100 %
 - im Alter 56: 87,5 %
 - im Alter 57: 75 %
 - im Alter 58: 62,5 %
 - im Alter 59: 50 %.

Gemeint ist jeweils das Alter der **»versicherten Person** bei Eintritt der Erwerbsunfähigkeit.
- (4) Der Versicherungsschutz setzt nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit ein. Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrags.
- (5) Unter den folgenden Bedingungen entfällt die Wartezeit:
 - Die Erwerbsunfähigkeit ist allein aufgrund der körperlichen Verletzung durch einen Unfall eingetreten.
 - Dieser Unfall ereignete sich innerhalb der Wartezeit.
- (6) Ihr Vertrag endet am Monatsersten nach dem Monat, in dem der Anspruch auf die Versicherungsleistung entstanden ist.

V. Leistung bei Pflegebedürftigkeit (sofern vereinbart)

- (1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen wird im Anhang II definiert.
- (2) Der Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit besteht, wenn:
 - Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben und
 - 6 Monate seit dem Eintritt der Pflegebedürftigkeit vergangen sind und
 - die Pflegebedürftigkeit ohne Unterbrechung bestand.
- (3) Wir zahlen das **»um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen**, mindestens aber einen Prozentsatz der vereinbarten Versicherungssumme. Der Prozentsatz der Versicherungssumme beträgt

- bis einschließlich Alter 55: 100 %
- im Alter 56: 87,5 %
- im Alter 57: 75 %
- im Alter 58: 62,5 %
- ab Alter 59: 50 %.

Gemeint ist jeweils das Alter der »**versicherten Person** bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

- (4) Der Versicherungsschutz setzt nach Ablauf einer dreimonatigen Wartezeit ein. Die Wartezeit beginnt mit Zahlung des ersten Beitrags.
- (5) Unter den folgenden Bedingungen entfällt die Wartezeit:
 - Die Pflegebedürftigkeit ist allein aufgrund der körperlichen Verletzung durch einen Unfall eingetreten.
 - Dieser Unfall ereignete sich innerhalb der Wartezeit.
- (6) Ihr Vertrag endet am Monatsersten nach dem Monat, in dem der Anspruch auf die Versicherungsleistung entstanden ist.

VI. Leistung bei Berufsunfähigkeit (sofern vereinbart)

- (1) Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen wird im Anhang II definiert.
- (2) Bei Berufsunfähigkeit bezahlen wir Ihnen eine Berufsunfähigkeitsrente in vereinbarter Höhe, wenn Folgendes gilt:
 - Sie haben diesen Schutz mit uns vereinbart.
 - Die »**versicherte Person** wird innerhalb der »**Versicherungsdauer** zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig im Sinne dieser Bedingungen.

Bitte beachten Sie: Die Berufsunfähigkeitsrente wird maximal über die verbleibende »**Leistungsdauer** ausbezahlt. Die »**Versicherungs-** und »**Leistungsdauer** sind in der »**Police** angegeben.

- (3) Die Berufsunfähigkeitsrente zahlen wir entsprechend der vereinbarten »**Rentenzahlweise** - monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die Rentenzahlung erfolgt dabei grundsätzlich zu Beginn der »**Rentenzahlungsperiode**. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher oder jährlicher »**Rentenzahlweise** erfolgt die erste Rentenzahlung ggf. anteilig bis zum Ende der laufenden »**Rentenzahlungsperiode**.
- (4) Die in Absatz 2 beschriebenen Leistungen erbringen wir auch, wenn die »**versicherte Person** berufsunfähig infolge Hilfebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen wird. In diesem Fall erbringen wir die Leistungen unabhängig vom Grad der Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben und dass die Berufsunfähigkeit innerhalb der für die Berufsunfähigkeit vereinbarten »**Versicherungsdauer** eintritt.
- (5) Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Bei verspäteter Meldung leisten wir bis zu drei Jahre ab Zeitpunkt der Meldung rückwirkend. Wenn die Verspätung der Meldung nicht auf das Verschulden des »**Versicherungsnehmers** zurückzuführen ist, leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit.
- (6) Die in § 3 Abs. 2 beschriebene Beendigung des Vertrages und das Erlöschen des Anspruchs auf weitere Leistungen gilt nicht für die Leistung bei Berufsunfähigkeit. Bei Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente bleibt Ihr Versicherungsschutz unverändert bestehen. Bitte beachten Sie, dass Sie innerhalb dieses Vertrages auch bei Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente nicht von der Beitragszahlung befreit sind.
- (7) In folgenden Fällen stellen wir die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente ein:
 - Die »**Leistungsdauer** ist abgelaufen.
 - Die »**versicherte Person** ist verstorben.
 - Der Grad der Berufsunfähigkeit sinkt unter 50 % bzw. die Berufsunfähigkeit infolge Hilfebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht nicht mehr.
- (8) Wird die Zahlung der Berufsunfähigkeitsrente beendet, weil keine Berufsunfähigkeit oder Hilfebedürftigkeit mehr vorliegt, teilen wir Ihnen dies in Textform mit. Gibt es weitere Personen, die Ansprü-

che auf die Leistung haben, so erhalten diese ebenfalls eine Information in Textform. Die Rentenzahlung endet dann drei Monate nachdem Ihnen unsere Mitteilung zugegangen ist. Wird die »**versicherte Person** erneut aufgrund der ursprünglichen Ursache berufsunfähig, so wird die Leistung bis zum Ende der »**Leistungsdauer** weitergezahlt. Dies gilt selbst dann, wenn die »**Versicherungsdauer** bereits abgelaufen ist.

- (9) Der Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit besteht weltweit, sofern nichts anderes vertraglich vereinbart wurde.
- (10) Wie in § 3 Abs. 2 beschrieben, endet Ihr Vertrag, wenn eine der versicherten Leistungen fällig wird. Ein schon bestehender Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente bleibt selbstverständlich erhalten. Haben Sie jedoch zu diesem Zeitpunkt keinen Anspruch auf eine Berufsunfähigkeitsrente, erlischt auch Ihr Versicherungsschutz bei Berufsunfähigkeit. In diesem Fall machen wir Ihnen einen Vorschlag, wie Sie den Berufsunfähigkeitsschutz in der vereinbarten Höhe aufrechterhalten können. Diesen Vorschlag können Sie innerhalb von sechs Wochen annehmen. Eine erneute Gesundheitsprüfung ist für die Fortsetzung des Berufsunfähigkeitsschutzes nicht erforderlich.

VII. Gleichzeitigkeit versicherter Ereignisse

- (1) Bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten der »**versicherten Person** wird die Leistung insgesamt nur einmal fällig.
- (2) Bei gleichzeitigem Eintritt einer schweren Krankheit der »**versicherten Person** und einer Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit wird nur die Leistung für die schwere Krankheit fällig.
- (3) Bei gleichzeitigem Eintritt einer Erwerbsunfähigkeit und einer Pflegebedürftigkeit der »**versicherten Person** wird nur die Leistung bei Pflegebedürftigkeit fällig, sofern eine solche Leistung vereinbart ist.

§ 5 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zum »**Leistungsfall** gekommen ist. Über besondere Leistungsbeschränkungen, die im Rahmen einer Fondsgebundenen Versicherung auftreten können, informieren wir Sie in Teil B: § 3 Abschnitt III.

I. Todesfall

- (1) Bei Selbsttötung der »**versicherten Person** innerhalb von zwei Jahren nach Vertragsbeginn besteht kein Versicherungsschutz im Todesfall. Der Versicherungsschutz bleibt jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde. Ein solcher Zustand ist z.B. gegeben, wenn die »**versicherte Person** zum Tatzeitpunkt infolge einer attestierten schweren Geisteskrankheit ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern konnte. In jedem Fall zahlen wir jedoch den für den Zeitpunkt des Eingangs der Todesfallmitteilung berechneten »**Rückkaufswert**.
- (2) In den folgenden Fällen ist unsere Leistung auf den für den Zeitpunkt des Eingangs der Todesfallmitteilung berechneten »**Rückkaufswert** begrenzt:
 - Bei Tod der »**versicherten Person** durch innere Unruhen, bei denen die »**versicherte Person** auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
 - Bei Tod der »**versicherten Person** durch kriegerische Ereignisse. Wenn die »**versicherte Person** in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, an denen sie nicht aktiv beteiligt war, entfällt diese Einschränkung. Dies gilt nur, wenn die »**versicherte Person** den kriegerischen Ereignissen während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt war.
- (3) Auch in den folgenden Fällen ist unsere Leistung auf den für den Zeitpunkt des Eingangs der Todesfallmitteilung berechneten »**Rückkaufswert** begrenzt:
 - Bei Tod der »**versicherten Person** durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen.
 - Bei Tod der »**versicherten Person** durch den vorsätzlichen Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Diese Einschränkungen gelten nur dann, wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss dieses Ereignis zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen. Diese Veränderung bewirkt, dass möglicherweise nicht mehr alle zugesagten Versicherungsleistungen erbracht werden können. Dass ein solcher Fall vorliegt, muss von ei-

nem unabhängigen Treuhänder bestätigt werden.

II. Schwere Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit

Wir leisten nicht, wenn die schwere Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Berufsunfähigkeit unmittelbar oder mittelbar auf einer der folgenden Ursachen beruht:

- Innere Unruhen, sofern die »**versicherte Person**« auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- Kriegerische Ereignisse. Wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eintritt, an denen die »**versicherte Person**« nicht aktiv beteiligt war, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Dies gilt nur, wenn die »**versicherte Person**« den kriegerischen Ereignissen während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt war.
- Für Angehörige der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Kriseneinsatzkräfte (wie z.B. der Polizei):
 - Teilnahme an mandatierten Missionen der Vereinten Nationen,
 - Einsätze im Rahmen von Bündnisverpflichtungen,
 - Einsätze unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen (z.B. der UNO),
 - Auslandseinsätze unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential.Diese Einschränkung gilt nicht bei humanitären Hilfsdiensten und Hilfeleistungen im Ausland, sofern die »**versicherte Person**« dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist. Außerdem gilt dieser Ausschluss nicht für die Leistung bei Berufsunfähigkeit.
- Dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder vorsätzlichen Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen. Diese Einschränkungen gelten nur dann, wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Außerdem muss dieses Ereignis zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen. Diese Veränderung bewirkt, dass möglicherweise nicht mehr alle zugesagten Versicherungsleistungen erbracht werden können. Dies ist von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich zu bestätigen.
- Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift. Dieser Ausschluss gilt nicht für die Leistung bei Berufsunfähigkeit.
- Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Erkrankungen, Selbsttötungsversuche oder vorsätzliche Herbeiführung der Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Berufsunfähigkeit. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind. Ein solcher Zustand ist z.B. gegeben, wenn die »**versicherte Person**« zum Tatzeitpunkt infolge einer attestierten schweren Geisteskrankheit ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern konnte.
- Vorsätzliche Ausführung oder der strafbare Versuch eines »**Verbrechens**« oder »**Vergehens**« durch die »**versicherte Person**«.
- Gegen geltendes Recht verstoßende Handlungen, mit denen Sie vorsätzlich die schwere Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Berufsunfähigkeit der »**versicherten Person**« im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt haben.
- Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährden oder schädigen. Die Gefährdung durch die Strahlen ist so hoch, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde.

§ 6 Nachversicherung

- (1) Die vereinbarten Versicherungsleistungen können bei Eintritt folgender Ereignisse durch Beitragserhöhungen ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöht werden (Nachversicherung):
- Heirat der »**versicherten Person**« oder Begründung einer Eingetragenen Lebenspartnerschaft der »**versicherten Person**« nach dem Gesetz über die Eingetragene Lebenspartnerschaft (LPartG),
 - Geburt eines Kindes der »**versicherten Person**« oder Adoption eines unterhaltsberechtigten Kindes durch die »**versicherte Person**«,
 - Erreichen der Volljährigkeit der »**versicherten Person**«,
 - Aufnahme eines Darlehens zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie im Wert von mindestens 100.000 EUR durch die »**versicherte Person**«,
 - Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der »**versicherten Person**«, sofern diese die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

Für den Teil der Versicherungsleistungen, der auf die Erhöhung entfällt, wird ein zusätzlicher Vertrag angelegt. Dieser neue Vertrag ist rechtlich und steuerlich selbstständig.

- (2) Die Nachversicherung ist nur möglich:

- innerhalb von drei Monaten seit Eintritt eines der genannten Anlässe durch Vorlage entsprechender schriftlicher Nachweise, und
 - innerhalb von zehn Jahren nach Vertragsabschluss, bzw. innerhalb von zehn Jahren nach Erreichen der Volljährigkeit der »**versicherten Person**«, und
 - wenn die »**versicherte Person**« nicht berufsunfähig, erwerbsunfähig oder pflegebedürftig ist und auch nicht an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen leidet, und
 - wenn die letzte Nachversicherung mindestens 12 Monate zurückliegt.
- (3) Für die Nachversicherung gelten die folgenden Grenzen:
- Die Versicherungsleistungen werden um höchstens 25 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen erhöht.
 - Bei mehreren Erhöhungen betragen die Versicherungsleistungen insgesamt höchstens 250 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen.
 - Die jährliche Berufsunfähigkeitsrente wird um höchstens 3.000 Euro erhöht.
 - Falls mehrere Erhöhungen stattfinden, darf die jährliche Berufsunfähigkeitsrente insgesamt um höchstens 6.000 Euro erhöht werden.
 - Die gesamten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten dürfen einen bestimmten Prozentsatz des jährlichen Bruttoeinkommens der »**versicherten Person**« nicht übersteigen. Dieser Prozentsatz beträgt bei jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten
 - bis 24.000 EUR: 70 % des jährlichen Bruttoeinkommens,
 - ab 24.001 EUR: 55 % des jährlichen Bruttoeinkommens.
- (4) Studenten und Auszubildende können ihre versicherte jährliche Berufsunfähigkeitsrente nach Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit ohne Gesundheitsprüfung erhöhen. Dabei gelten folgende Einschränkungen:
- Die Erhöhung erfolgt innerhalb von 12 Monaten nach der der erstmaligen Aufnahme einer zeitlich unbefristeten beruflichen Tätigkeit nach der Ausbildung.
 - Die Erhöhung erfolgt spätestens fünf Jahre nach Versicherungsbeginn.
 - Das in Absatz 3 beschriebene Verhältnis zwischen versicherter Berufsunfähigkeitsrente und Bruttoeinkommen ist zu berücksichtigen.
 - Die Berufsunfähigkeitsrente kann höchstens um 12.000 EUR erhöht, maximal verdoppelt werden.
- (5) Bei Nachversicherungen gelten alle Wartezeiten für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

**§ 7
Dynamische Erhöhungen Ihres
Vertrages - Beitragserhöhungen
ohne Gesundheitsprüfung**

- (1) Bei vereinbarter dynamischer Erhöhung Ihres Vertrages erhöhen sich Ihre Beiträge und Leistungen, ohne dass eine erneute Gesundheitsprüfung notwendig wird. Die Versicherungsleistungen können jedoch höchstens 250 % der zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungsleistungen betragen, es sei denn es wird eine erneute Risikoprüfung durchgeführt. Für die Risikoprüfung ist eine »**Gebühr**« zu entrichten (vgl. Teil C: § 5), die wir dem Fondsguthaben entnehmen.
- (2) Sobald ein Anspruch auf Leistung wegen Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen besteht, erlischt das Recht auf Erhöhungen. Es kann nach einer Wiedererlangung der Berufsfähigkeit erneut beantragt werden.

**§ 8
Überschussbeteiligung**

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

I. Überschussermittlung

- (1) Die »**Überschüsse**« werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Ermittlung erfolgt unter Berücksichtigung der Vorschriften des Handelsgesetzbuches (»**HGB**«) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (»**VAG**«) sowie der dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft.
- (2) Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung hängt vom Risikoverlauf sowie von der Entwicklung der »**Kosten**« ab. Prognosen über die weitere Entwicklung der Überschussbeteiligung sind über einen längeren Zeitraum nicht möglich. Wir können daher keine Aussage darüber machen, in welcher Höhe »**Überschüsse**« in Zukunft anfallen werden. Die Höhe der »**Überschüsse**« kann also nicht garantiert werden.
- (3) Verschiedene Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Deshalb haben wir gleichartige Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Die Verteilung des Überschusses

ses auf die einzelnen Bestandsgruppen erfolgt nach dem Umfang, in dem diese zu seiner Entstehung beigetragen haben.

- (4) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der fondsgebundenen Risikoversicherungen.

II. Zuteilung von Überschüssen

- (1) Die auf den einzelnen Vertrag zuzuweisenden »**Überschüsse** werden für jedes Kalenderjahr auf Vorschlag des »**Verantwortlichen Aktuars** durch unseren Vorstand festgelegt. Den gesetzlichen Vorschriften entsprechend wird die Höhe der »**Überschüsse** im Geschäftsbericht veröffentlicht (»**Überschussdeklaration**«).
- (2) Die »**Überschüsse** kommen Ihnen sofort zu Gute, so dass Sie frühzeitiger und in größerem Umfang von einer positiven Fondsentwicklung profitieren. Denn durch die sofortige Überschussbeteiligung werden die Entnahmen für »**Risikobeiträge** und »**Kosten** aus den Fonds (vgl. § 2 Abs. 4) auf unseren tatsächlichen Bedarf reduziert. Der tatsächliche Bedarf kann innerhalb von bestimmten Höchstgrenzen von Kalenderjahr zu Kalenderjahr schwanken. Über eine Änderung werden wir Sie in der Jährlichen Mitteilung informieren. Die Höchstgrenzen für die »**Kosten** entnehmen Sie bitte Ihren Versicherungsunterlagen (Produktinformationsblatt). Die Entnahmen für die »**Risikobeiträge** sind zudem vom Alter der »**versicherten Person**, der Restlaufzeit Ihres Vertrages und von der Fondsentwicklung abhängig. Daher werden wir Sie über die Entnahmen in der Jährlichen Mitteilung informieren.
- (3) Bei Berufsunfähigkeit, sofern mitversichert, zahlen wir eine jährlich steigende oder gleichbleibende »**Gewinnrente**. Der Zuwachs wird als Prozentsatz der Berufsunfähigkeitsrente (inklusive »**Gewinnrente**) des Vorjahres berechnet. Die Höhe dieses Prozentsatzes kann der »**Überschussdeklaration** entnommen werden. Die »**Gewinnrente** wird erstmals fällig, nachdem die Berufsunfähigkeit mindestens ein volles Jahr bestanden hat. Sie wird mit der Berufsunfähigkeitsrente ausgezahlt.

III. Beteiligung an Bewertungsreserven bei Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente

- (1) Aus gesetzlichen Vorschriften kann sich ergeben, dass Teile der Kapitalanlagen in der Bilanz unseres Jahresabschlusses mit einem geringeren Wert als dem tatsächlichen Marktwert auszuweisen sind. Die Differenz zwischen dem tatsächlichen Marktwert und dem bilanzierten Wert wird, sofern sie positiv ist, als »**Bewertungsreserve** bezeichnet. »**Bewertungsreserven** verändern sich im Zeitverlauf.
- (2) Nach § 153 VVG beteiligen wir Sie in den einzelnen Jahren des Bezuges einer Berufsunfähigkeitsrente, sofern mitversichert, an den »**Bewertungsreserven**. Die Beteiligung erfolgt anteilig gemäß dem Anteil Ihres Vertrags am Gesamtbestand. Dabei wird berücksichtigt, dass verschiedene Versicherungsarten unterschiedlich zum Überschuss beitragen. Die Zuweisung auf den einzelnen Vertrag wird jeweils im Rahmen der jährlichen »**Überschusszuteilung** vorgenommen. Bei der Festlegung der Überschussätze für Verträge im Leistungsbezug berücksichtigen wir die aktuelle Bewertungsreservensituation. Einzelheiten zum Verfahren enthält die »**Überschussdeklaration**«.
- (3) Während des Rentenbezugs auf Grund von Berufsunfähigkeit, sofern mitversichert, wird aus der Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** eine zusätzliche Rente gebildet. Es gelten dabei die gleichen Regelungen wie für eine »**Gewinnrente**«.
- (4) Versicherungsunternehmen haben gesetzliche Regelungen zur Kapitalausstattung zu berücksichtigen. Dies wird durch die Beteiligung an den »**Bewertungsreserven** nicht beeinflusst.

Teil B: Der Fonds

§ 1 Anlagerisiko - Beitragsberechnung

- (1) Die tatsächliche Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens ist nicht vorhersehbar. Selbstverständlich haben Sie die Chance, bei Kurssteigerungen der Fondsanteile einen Wertzuwachs zu erzielen. Andererseits tragen Sie aber auch das Risiko von Kursrückgängen bis hin zum völligen Verlust des Fondsvermögens.
- (2) Um Ihren Beitrag bei Vertragsabschluss zu berechnen, machen wir je nach Vertragslaufzeit unterschiedliche Annahmen über die Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens und die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne. Wenn diese Annahmen eintreten, wird der vereinbarte Beitrag ausreichen, um den Versicherungsschutz bis zum Ablauf des Vertrages aufrechtzuerhalten.
- (3) Wir werden die Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens beobachten. Abhängig von der tatsächlichen Fondsentwicklung teilen wir Ihnen den Beitrag mit, der voraussichtlich für die Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes bis zum Ablauf notwendig ist.
- (4) Ihr Vertrag erlischt vorzeitig, wenn Ihr Fondsvermögen für den Versicherungsschutz sowie zur Deckung von »**Kosten**« nicht mehr ausreicht. In diesem Fall verlieren Sie den Versicherungsschutz.

§ 2 Vertragsüberprüfung

- (1) Ebenso wie die tatsächliche Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens nicht vorhersehbar ist, kann sich auch die Höhe der Überschussbeteiligung ändern. Fällt diese oder die Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens niedriger aus als angenommen, wird der vereinbarte Beitrag nicht ausreichen, um den Versicherungsschutz über die gesamte »**Versicherungsdauer**« aufrechtzuerhalten. Deshalb werden wir - beginnend fünf Jahre nach Vertragsabschluss - jährlich eine planmäßige Vertragsüberprüfung durchführen.
- (2) Zusätzlich wird eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung fällig
 - bei Beginn und Ende einer Zahlungsunterbrechung,
 - bei Verminderung der Beitragszahlung oder Beitragsfreistellung,
 - bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Beitragsfreistellung.
- (3) Bei der Vertragsüberprüfung wird die Höhe des Beitrags festgestellt, der nach unserer Einschätzung notwendig ist, um den vereinbarten Versicherungsschutz bis zum Ablauf der »**Versicherungsdauer**« aufrechtzuerhalten. Diesen Betrag teilen wir Ihnen mit. Das gilt auch für den Fall, dass Ihr Vertrag beitragsfrei ist und Sie nachzahlen müssten, um den vereinbarten Versicherungsschutz bis zum Ablauf der »**Versicherungsdauer**« aufrechtzuerhalten.
- (4) Wir werden Ihnen gleichzeitig die folgenden beiden Möglichkeiten anbieten:
 - Die Beitragshöhe entsprechend anzupassen oder
 - den Versicherungsschutz entsprechend anzupassen.

Bitte teilen Sie uns Ihre Entscheidung innerhalb von zwei Wochen mit. Ihre Entscheidung wird zum nächsten Fälligkeitstag nach Mitteilung an uns wirksam.
- (5) Auf Wunsch können Sie auch eine einmalige Zuzahlung in der von uns vorgeschlagenen Höhe leisten, um die Beitragshöhe und den Versicherungsschutz unverändert zu lassen.
- (6) Im Falle der planmäßigen Vertragsüberprüfung gem. Absatz 1 haben Sie auch die Möglichkeit die Beitragshöhe und den Versicherungsschutz unverändert zu lassen. Dies können Sie entscheiden, auch wenn nach unserer Einschätzung in diesem Fall der Beitrag nicht ausreichen wird, um den Versicherungsschutz über die gesamte »**Versicherungsdauer**« aufrechtzuerhalten. Wenn Sie uns innerhalb der in Absatz 4 genannten Frist nichts anderes mitteilen, werden wir davon ausgehen, dass Sie sich für diese Möglichkeit entschieden haben. Bei einer außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung gem. Absatz 2 haben Sie diese Möglichkeit nicht.
- (7) Ihr Vertrag erlischt vorzeitig, wenn Ihr Fondsvermögen für den Versicherungsschutz sowie zur Deckung von »**Kosten**« nicht mehr ausreicht. In diesem Fall verlieren Sie den Versicherungsschutz.

§ 3 Ihre Fondsauswahl

I. Fondsanlage

- (1) Die in den von Ihnen gewählten Fonds entstehenden Erträge erhöhen entweder den Wert Ihrer Fondsanteile (thesaurierende Fonds) oder werden in zusätzliche Fondsanteile umgewandelt (ausschüttende Fonds).
- (2) Nähere Informationen zur Fondsanlage entnehmen Sie bitte dem Anhang III und Ihren Investmentinformationen.
- (3) Ihre Fondsanteile werden als Sondervermögen geführt. D. h. dass sie rechtlich vom übrigen Vermögen des Versicherers getrennt werden.

II. Fondswechsel

- (1) Sie können jederzeit mit sofortiger Wirkung oder zu einem zukünftigen Zeitpunkt einen kostenlosen Fondswechsel in Form eines Shift, Switch oder Shift & Switch schriftlich beantragen.
 - **Shift:** Ihr bisheriges Fondsvermögen wird in Fondsanteile eines oder mehrerer anderer in diesem Vertrag wählbarer Fonds umgeschichtet. Die künftige Anlage erfolgt jedoch weiterhin in die bisher gewählten Fonds.
 - **Switch:** Sie veranlassen, dass lediglich Ihre künftige Anlage in einen oder mehrere andere in diesem Vertrag wählbare Fonds erfolgt. In jeden Fonds sind mindestens 10 % Ihres Beitrags zu investieren. Außerdem ist für die Anlage pro Fonds mindestens ein Betrag von zehn Euro notwendig. Ihr bisheriges Fondsvermögen ist von dieser Änderung nicht betroffen.
 - **Shift & Switch:** Hierbei werden Shift und Switch gleichzeitig durchgeführt.

Den »**Bewertungstichtag** für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang III.

- (2) Bitte beachten Sie auch Besonderheiten gem. Abschnitt III.

III. Besonderheiten bezüglich des Fondsinvestments

Die im Rahmen Ihrer Fondsgebundenen Versicherung besparten Fonds werden von externen Kapitalanlagegesellschaften geführt und verwaltet. Wir können daher nicht beeinflussen, inwiefern diese Fonds über die gesamte Vertragslaufzeit bestehen bleiben, ihre Anlagestrategie beibehalten oder Ver- und Ankäufe zugelassen sind.

Wir behalten uns daher gewisse Handlungsoptionen vor, die im Folgenden dargestellt sind.

- (1) Wir können einen von Ihnen besparten Fonds aus dem Angebot streichen, wenn hinsichtlich des Fonds erhebliche Änderungen eingetreten sind, die wir nicht beeinflussen können. Solche erheblichen Änderungen können sein:
 - Die von uns beauftragte Kapitalanlagegesellschaft verliert ihre Zulassung für den Vertrieb oder stellt den Vertrieb ein oder verletzt ihre vertraglichen Pflichten erheblich.
 - Die Fondspersformance unterschreitet den Marktdurchschnitt vergleichbarer Fonds erheblich.
 - Der Fonds erfährt eine deutliche Abwertung durch ein renommiertes Ratingunternehmen.

Ein unabhängiger Treuhänder oder eine andere unabhängige Stelle muss prüfen, ob die Voraussetzungen für eine Streichung gegeben sind und der Streichung zustimmen. In diesem Fall werden wir Ihnen einen kostenlosen Fondswechsel vorschlagen. Wenn Sie nicht innerhalb von vier Wochen nach Zugang unseres Vorschlags etwas anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen.

- (2) Die jeweils aktuell zur Verfügung stehende Fondsauswahl für Shift, Switch oder Shift & Switch können wir während der gesamten Vertragslaufzeit ändern oder erweitern. Von Ihnen besparte Fonds sind von einer solchen Änderung nicht betroffen. Die jeweils aktuelle Fondsauswahl können Sie jederzeit bei uns erfragen.
- (3) Wird einer der von Ihnen gewählten Fonds durch die Kapitalanlagegesellschaft z.B. geschlossen, aufgelöst oder wird der Ankauf von Anteilen eingestellt oder eingeschränkt, so werden wir Sie informieren und Ihnen ebenfalls einen kostenlosen Fondswechsel in einen Fonds entsprechend dem bisherigen Anlageprofil vorschlagen. Wenn Sie nicht innerhalb von sechs Wochen nach Zugang unseres Vorschlags etwas anderes beantragen, werden wir den Fondswechsel nach unserem Vorschlag durchführen. Selbstverständlich haben Sie auch nach Ablauf dieser Frist die Möglichkeit, einen kostenlosen Fondswechsel gemäß Abschnitt II durchzuführen.

- (4) Es kann vorkommen, dass eine Kapitalanlagegesellschaft die Rücknahme von Fondsanteilen einstellt oder einschränkt. In diesem Fall können wir die fällig werdende Leistung bzw. den »**Rückkaufswert**« zunächst nur aus dem Geldwert der Anteile der davon nicht betroffenen Fonds ermitteln. Dies gilt, wenn
- die Gründe für die Einstellung oder Einschränkung der Rücknahme nicht von uns zu vertreten sind und
 - sofern wir nicht aufgrund gesetzlicher Vorschriften zu einer Leistung verpflichtet sind.

Wird die Rücknahme von Anteilen durch die Kapitalanlagegesellschaft wieder aufgenommen, so werden wir unter Wahrung der Interessen aller unserer »**Versicherungsnehmer**« die verbleibenden Fondsanteile unverzüglich veräußern. Dann werden wir die daraus entstehende zusätzliche Leistung bzw. den zusätzlichen »**Rückkaufswert**« nach allgemein anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermitteln. Die im Anhang III angegebenen »**Bewertungsstichtage**« verlieren in solch einem Fall ihre Gültigkeit. Während der Zeit, in der die Rücknahme von Fondsanteilen nicht möglich ist, sind wir berechtigt folgendes zu verweigern

- Vorauszahlungen gemäß § 6 aus den betroffenen Fonds;
- Fondswechsel gemäß Abschnitt II.

§ 4 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Mit dem Abschluss Ihres Vertrages und mit Beitragserhöhungen während der Vertragslaufzeit sind »**Kosten**« verbunden. Diese sog. Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits pauschal bei der Tarifikalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Welche »**Kosten**« als Abschlusskosten auszuweisen sind ist in § 43 Abs. 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) geregelt.
- (2) Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren analog § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit sie nicht für folgende Verwendungen bestimmt sind:
- Leistungen im Versicherungsfall
 - »**Kosten**« des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode
 - Bildung einer »**Deckungsrückstellung**«.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

- (3) Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden auf die Laufzeit Ihres Vertrages verteilt.
- (4) Das Zillmerverfahren hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangsphase Ihres Vertrages zunächst nur ein geringes Fondsvermögen und damit auch ein geringer »**Rückkaufswert**« vorhanden sind. Wir raten Ihnen daher von einer Kündigung oder Beitragsfreistellung ab, weil diese für Sie mit finanziellen Nachteilen verbunden sind (vgl. Teil B: § 5 und Teil C: § 4). Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 5 Rückkaufswert - Kündigung

- (1) Sie können den Vertrag jederzeit mit einer Frist von zwei Wochen zum nächsten Monatsersten kündigen. Damit erlischt Ihr Vertrag.
- (2) In diesem Fall erstatten wir Ihnen den »**Rückkaufswert**« gem. § 169 Versicherungsvertragsgesetz. Dieser entspricht dem Wert des Fondsvermögens zum Zeitpunkt der Kündigung (Zeitwert). Wir erstatten jedoch mindestens den Zeitwert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt. Bei der Ermittlung der Abschluss- und Vertriebskosten wird der in § 4 Abs. 2 beschriebene Höchstsatz berücksichtigt.
- (3) Von dem in Absatz 2 ermittelten Wert erfolgt ein Abzug. Durch die Kündigung wird die Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes - wie im Folgenden beschrieben - verändert. Dies wird durch den Abzug ausgeglichen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

- a. Bei einer Kündigung entstehen höhere Aufwände für die Bearbeitung, und damit Kosten, als bei einem regulären Vertragsablauf.
- b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus »**Versicherungsnehmern**« mit einem hohen und einem geringen Risiko zusam-

mensetzt. Erfahrungsgemäß verlassen Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug stellt hierfür einen Ausgleich dar, damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.

Der Abzug wird entsprechend herabgesetzt, falls Sie nachweisen, dass er in Ihrem Fall wesentlich niedriger zu beziffern ist. Sofern Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen in Ihrem Fall nicht zutreffen, entfällt der Abzug. Nähere Informationen zur Höhe des vorgesehenen Abzugs können Sie der in Ihren Versicherungsunterlagen (z.B. der »**Police**«) enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

- (4) Eine Erstattung der von Ihnen eingezahlten Beiträge können Sie bei einer Kündigung nicht verlangen.
- (5) Da die Kursentwicklung der Fondsanteile nicht vorausszusehen ist, können wir Ihnen den »**Rückkaufswert**« der Höhe nach nicht garantieren. Den »**Bewertungsstichtag**« für Ihre Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang III.
- (6) Eine Kündigung ist für Sie mit finanziellen Nachteilen verbunden. In der Anfangsphase Ihres Vertrages ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten zunächst nur ein geringes Fondsvermögen und damit auch ein geringer »**Rückkaufswert**« vorhanden. Näheres zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten erfahren Sie in § 4 Abs. 2. Auch in den Folgejahren erreicht der »**Rückkaufswert**« nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge.
- (7) Auf Wunsch übertragen wir Ihnen statt des »**Rückkaufswertes**« die entsprechenden Fondsanteile (Naturalleistung) gegen eine »**Gebühr**« auf ein geeignetes Depotkonto Ihrer Wahl. Über die Einzelheiten informieren wir Sie gerne.
- (8) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente werden durch eine Kündigung des Vertrages nicht berührt und bleiben bestehen.

§ 6 Vorauszahlung

- (1) Sie können jederzeit eine Vorauszahlung aus dem Fondsvermögen beantragen, wenn alle folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - Seit Versicherungsbeginn sind mindestens fünf volle Jahre vergangen.
 - Das im Vertrag verbleibende Fondsvermögen reicht aus, um den vereinbarten Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten. Dabei werden die Wertentwicklung Ihres Fondsvermögens, die Entnahmen für den vereinbarten Versicherungsschutz und die sonstigen »**Kosten**« bis zum Ablauf des Vertrages berücksichtigt.
- (2) Den »**Bewertungsstichtag**« für die Fondsanteile entnehmen Sie bitte dem Anhang III.
- (3) Über Voraussetzungen und Einzelheiten informieren wir Sie gerne.

Teil C: Allgemeine Bestimmungen

§ 1 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Zugang der »**Police**«, jedoch nicht vor Mittag des Tages, der in der »**Police**« als Versicherungsbeginn angegeben ist.

§ 2 Beitragszahlung

I. Erster Beitrag

- (1) Bitte bezahlen Sie Ihren ersten Beitrag innerhalb einer Frist von zwei Wochen nach Zugang der »**Police**«. Sollten wir in der »**Police**« einen späteren Fälligkeitstermin vereinbart haben, so bezahlen Sie bitte den ersten Beitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin. Beachten Sie ferner, dass der Versicherungsschutz von Anfang an wegfällt, wenn Sie die Zahlungsfristen schuldhaft versäumen.
- (2) Außerdem sind wir in diesem Fall berechtigt, vom Vertrag zurückzutreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (3) Um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden, empfehlen wir Ihnen, am Lastschriftverfahren teilzunehmen. Dies ist für Sie kostenlos.

II. Folgebeiträge

Damit Ihr Versicherungsschutz erhalten bleibt, sind die folgenden Beiträge ebenfalls unverzüglich an den Fälligkeitsterminen zu entrichten. Falls die Zahlung zum Fälligkeitstag bei Ihnen in Vergessenheit gerät, werden wir Sie durch eine Mahnung zur Zahlung auffordern. Wir setzen Ihnen in der Mahnung eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Bezahlen Sie die rückständigen Beiträge nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Wir behalten uns außerdem das Recht vor, einen anderen »**Bewertungstichtag**« zugrunde zu legen (siehe Anhang III).

§ 3 Beitragsgarantie

Die Höhe des jeweils vereinbarten Beitrags für den Versicherungsschutz ist im Normalfall in den ersten fünf Jahren nach Vertragsabschluss garantiert. Ausnahmen finden Sie in § 4.

§ 4 Zahlungsunterbrechung - Beitragsreduktion - Beitragsfreistellung

- (1) Nach Ablauf der ersten fünf Vertragsjahre können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten schriftlich eine Zahlungsunterbrechung zum nächsten Fälligkeitstermin beantragen. Die Zahlungsunterbrechung kann mindestens drei und höchstens 24 Monate andauern. Es wird eine »**Gebühr**« fällig. Über Voraussetzungen und Einzelheiten informieren wir Sie gerne.
- (2) Jederzeit können Sie auch zum nächsten Fälligkeitstermin Ihre Beitragszahlung gegen eine »**Gebühr**« vermindern. Der Beitrag darf dabei jedoch, gerechnet auf das Jahr, 360 Euro und die Beitragssumme 3.600 Euro nicht unterschreiten. Die Versicherungsleistung wird der neuen Beitragssumme, d.h. der Summe aller während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge, angepasst. Eine etwaige Beitragsgarantie erlischt.
- (3) Sie können ferner jederzeit mit Wirkung zum nächsten Fälligkeitstermin Ihre Beitragszahlung ganz einstellen. Bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages erheben wir einen Abzug. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Nähere Informationen zur Höhe des vorgesehenen Abzugs können Sie der in Ihren Versicherungsunterlagen (z.B. der »**Police**«) enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen.

Bei der Festlegung des Abzugs wurden folgende Umstände berücksichtigt:

- a. Bei einer Beitragsfreistellung entstehen höhere Aufwände für die Bearbeitung, und damit Kosten, als bei einem regulären Vertragsverlauf.
- b. Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus »**Versicherungsnehmern**« mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammensetzt. Erfahrungsgemäß verlassen Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher als Personen mit einem hohen Risiko. Der Abzug stellt hierfür einen Ausgleich dar,

damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.

Der Abzug wird entsprechend herabgesetzt, falls Sie nachweisen, dass er in Ihrem Fall wesentlich niedriger zu beziffern ist. Sofern Sie uns nachweisen, dass die oben beschriebenen Annahmen in Ihrem Fall nicht zutreffen, entfällt der Abzug.

Beträgt das Fondsvermögen zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung wenigstens 3.000 Euro, wird die Versicherungsleistung der neuen Beitragssumme angepasst. Erreicht das Fondsvermögen nicht den Mindestwert von 3.000 Euro, so erstatten wir Ihnen den »**Rückkaufswert**«, und Ihr Vertrag endet.

- (4) Der Berufsunfähigkeitsschutz erlischt, wenn die Berufsunfähigkeitsrente nach der Anpassung unter 300 EUR jährlich sinkt.
- (5) Die Beiträge für den verbleibenden Versicherungsschutz werden weiterhin dem Fondsvermögen entnommen, bis das Fondsvermögen erschöpft ist. Dann erlischt Ihr Vertrag.
- (6) Außer im Falle der Zahlungsunterbrechung mit fester Dauer wird bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung (Wiederherstellung) eine erneute Risikoprüfung durchgeführt. Die »**Gebühr**« für diese Risikoprüfung entnehmen wir dem Fondsvermögen.
- (7) Eine Beitragsänderung in vorstehendem Sinne ist für Sie grundsätzlich mit finanziellen Nachteilen verbunden. In der Anfangsphase des Vertrages ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. Teil B: § 4 Abs. 2) zunächst nur ein geringes Fondsvermögen vorhanden. Dadurch kann unter Umständen der notwendige Mindestwert des Fondsvermögens für eine Beitragsfreistellung nicht erreicht werden. In diesem Fall erstatten wir Ihnen einen eventuell vorhandenen »**Rückkaufswert**« und Ihr Vertrag erlischt.
- (8) Anerkannte oder festgestellte Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente werden durch eine Beitragsänderung in vorstehendem Sinne nicht berührt und bleiben bestehen.

§ 5 Gebühren

Falls durch von Ihnen veranlasste Gründe ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, erheben wir eine pauschale »**Gebühr**«. Solche Gründe können beispielsweise sein:

- Erstellung einer Ersatzurkunde für die »**Police**«
- schriftlicher Mahnung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufer im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen
- Bearbeitung von Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen.

Die Höhe der »**Gebühr**« entspricht den in solchen Fällen im Durchschnitt anfallenden Kosten und wird Ihrem Fondsvermögen entnommen.

Die »**Gebühr**« entfällt bzw. wird herabgesetzt, sofern Sie uns nachweisen, dass die zugrunde liegenden Annahmen nicht zutreffen bzw. der Abzug geringer zu beziffern ist.

§ 6 Ihre Pflichten vor Beginn des Vertrages

I. Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir sind auf die vertrauensvolle Zusammenarbeit mit Ihnen angewiesen. Das bedeutet auch, dass Sie vor Abschluss oder Änderung des Vertrages alle Fragen, die wir oder unser Agent in Textform stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Dies gilt insbesondere für Fragen zu Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen oder Beschwerden.

Die im Folgenden dargestellten Konsequenzen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht ergeben sich im Wesentlichen aus § 19 VVG.

- (2) Wird das Leben einer anderen Person versichert, so wird Ihnen das Wissen dieser Person wie eigenes zugerechnet. Damit sind Sie für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen auch verantwortlich, wenn eine andere Person versichert wird, auf die sich die Fragen beziehen.

II. Rücktritt

- (1) Verletzen Sie die vorvertragliche Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Eine vorsätzliche oder grob fahrlässige Verletzung der Anzeigepflicht liegt z.B. vor bei bewusster oder grob fahrlässiger Falschbeantwortung der vor Vertragsabschluss gestellten Fra-

gen. Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht entfällt unser Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass der Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen worden wäre. Dies gilt auch, wenn wir den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen hätten. Falls eine andere Person anspruchsberechtigt ist, kann auch diese den Beweis führen.

- (2) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn wir den Rücktritt erst nach Eintritt des »**Leistungsfalls**« erklärt haben und
 - Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Gefahrumstände keinen Einfluss auf den Eintritt des »**Leistungsfalls**« gehabt haben oder
 - Sie bzw. der Anspruchsberechtigte nachweisen, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Gefahrumstände keinen Einfluss auf den Umfang unserer Leistung gehabt haben.Haben Sie oder die »versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Wird die Versicherung durch einen Rücktritt aufgehoben, erstatten wir Ihnen den »**Rückkaufswert**« gemäß § 169 VVG. Ein Anspruch auf Rückzahlung der Beiträge besteht nicht.

III. Kündigung

- (1) Unser Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. In diesem Fall können wir den Vertrag mit einer Frist von einem Monat kündigen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände geschlossen hätten. Auch wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag zu anderen Bedingungen geschlossen hätten, haben wir kein Kündigungsrecht.
- (2) Im Falle einer Kündigung wird Ihr Vertrag beitragsfrei gestellt (vgl. § 4).
- (3) Haben Sie die Anzeigepflicht verletzt und dies nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Kündigung gem. § 19 Abs. 3 VVG.

IV. Vertragsanpassung

- (1) Hätten wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Diese Möglichkeit ergibt sich aus § 19 Abs. 4 VVG. Haben Sie die Anzeigepflicht verletzt und dies nicht zu vertreten, verzichten wir darauf, die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden zu lassen.
- (2) In folgenden Fällen können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen (vgl. Teil B: § 5):
 - Der Beitrag erhöht sich durch die Vertragsanpassung um mehr als 10 % oder
 - wir schließen den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus.

V. Ausübung unserer Rechte

- (1) Die oben genannten Rechte zu Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung können wir nur innerhalb der ersten fünf Jahre seit Vertragsbeginn ausüben. Ist ein »**Leistungsfall**« vor Ablauf der Frist von 5 Jahren eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist zehn Jahre.
- (2) Die Ausübung unserer Rechte muss allerdings innerhalb eines Monats schriftlich erfolgen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, in dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erlangen.
- (3) Die Fristen gelten bei Wiederherstellung der Versicherung nach Beitragsfreistellung entsprechend. Gleiches gilt für jede unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung, für die eine erneute Gesundheitsprüfung verlangt wird.

VI. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt davon unberührt.

VII. Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber der »**Police**« zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 7 Leistungsempfänger

- (1) Die Leistung aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner oder an Ihre Erben. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.
- (2) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Vorlage der »**Police**«. Wir werden allerdings nicht an den Inhaber der »**Police**« leisten, wenn Zweifel an seiner Berechtigung bestehen.
- (3) Zum vereinbarten Ablauftermin zahlen wir das Fondsvermögen aus sofern zu diesem Zeitpunkt ein Fondsvermögen vorhanden ist.

§ 8 Bezugsberechtigung

- (1) Sie können jederzeit eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt bezeichnen.
- (2) Bis zum Eintritt des Versicherungsfalles können Sie das Bezugsrecht auch jederzeit widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Sie können aber auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann das Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung der von Ihnen begünstigten Person geändert werden. In diesem Fall werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts nun ausgeschlossen ist.
- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechtes werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich angezeigt worden sind.

§ 9 Abtretung - Verpfändung

- (1) Sie können die Ansprüche aus dem Vertrag gegen eine »**Gebühr**« abtreten oder verpfänden. Dies wird uns gegenüber erst dann wirksam, wenn wir von der Abtretung oder Verpfändung schriftlich in Kenntnis gesetzt worden sind.
- (2) Ansprüche auf eine Berufsunfähigkeitsrente können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

§ 10 Nachweise im Leistungsfall

I. Im Todesfall

- (1) Der Tod der »**versicherten Person**« ist uns so schnell wie möglich mitzuteilen.
- (2) Außerdem müssen folgende Unterlagen eingereicht werden:
 - die »**Police**«,
 - eine amtliche Sterbeurkunde mit Angaben zu Alter und Geburtsort,
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der »**versicherten Person**« geführt hat.
- (3) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen oder erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt grundsätzlich derjenige, der die Leistung beansprucht. Wenn die Nachweise der Prüfung einer Leistungsbeschränkung dienen, tragen wir die Kosten.

II. Bei Eintritt einer schweren Krankheit (auch eines mitversicherten Kindes)

- (1) Bitte zeigen Sie uns den Eintritt einer schweren Krankheit der »**versicherten Person**« oder eines mitversicherten Kindes unverzüglich an.
- (2) Außerdem reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:
 - die »**Police**« sowie
 - die ärztliche Diagnose der schweren Krankheit bzw.
 - die ärztliche Indikation, also medizinische Maßnahme, und den Operationsbericht für eine Operation, die als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen definiert ist.

- (3) Bei Eintritt einer schweren Krankheit eines mitversicherten Kindes reichen Sie bitte zusätzlich eine amtliche Geburtsurkunde des mitversicherten Kindes und gegebenenfalls einen Nachweis der Adoption ein.
- (4) Die Diagnose der schweren Krankheit bzw. die Indikation und der Operationsbericht muss von einem Arzt erstellt worden sein, der die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt:
 - Er darf weder die »**versicherte Person**«, der »**Versicherungsnehmer**« noch ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der »**versicherten Person**«, des mitversicherten Kindes oder des »**Versicherungsnehmers**« sein.
 - Er muss in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktives Mitglied der dort ansässigen ärztlichen Vereinigung sein:
 - ein Mitgliedstaat der EU
 - Australien
 - Island
 - Kanada
 - Neuseeland
 - Norwegen
 - Schweiz
 - USA.
- (5) Die ärztliche Diagnose muss durch entsprechende medizinische Verfahren wie klinische, radiologische und histologische bzw. zytologische Untersuchungen bestätigt werden. Zusätzlich müssen Unterlagen über Laboruntersuchungen vorgelegt werden.
- (6) Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Person zu tragen, die Anspruch auf die Leistungen stellt.

III. Bei Erwerbsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit

- (1) Bitte zeigen Sie uns die Erwerbsunfähigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit der »**versicherten Person**«, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, unverzüglich an.
- (2) Bei Erwerbsunfähigkeit, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:
 - die »**Police**«,
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Erwerbsunfähigkeit,
 - eine Erklärung, dass keine Erwerbstätigkeit ausgeübt wird,
 - den Nachweis, dass die Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits sechs Monate besteht und noch andauert,
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die die »**versicherte Person**« gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens. In diesen Berichten muss begründet sein, dass die Erwerbsunfähigkeit dauerhaft und vollständig ist.
 - Unterlagen über den Beruf der »**versicherten Person**«, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Erwerbsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen. Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie im »**Leistungsfall**« gerne.
- (3) Bei Pflegebedürftigkeit, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:
 - die »**Police**«,
 - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
 - den Nachweis, dass die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits sechs Monate besteht und noch andauert,
 - ausführliche Berichte der Ärzte, die die »**versicherte Person**« behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens,
 - eine Erklärung, dass aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Wegfall der Pflegebedürftigkeit besteht,
 - eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- (4) Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Person zu tragen, die Anspruch auf die Leistungen stellt.

IV. Bei Berufsunfähigkeit

- (1) Bitte zeigen Sie uns die Berufsunfähigkeit der »**versicherten Person**«, sofern Sie diesen Schutz mit

uns vereinbart haben, unverzüglich an.

(2) Bei Berufsunfähigkeit, sofern Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben, reichen Sie bitte folgende Unterlagen ein:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die »**versicherte Person**« gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens. Diese Berichte müssen auch den Grad der Berufsunfähigkeit oder Art und Umfang der Hilfebedürftigkeit umfassen;
- Unterlagen über den Beruf der »**versicherten Person**«, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Hilfebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung einer Pflegefachkraft über Art und Umfang der Pflege.

Über weitere Einzelheiten informieren wir Sie im »**Leistungsfall**« gerne.

(3) Die hierdurch entstehenden Kosten hat die Person zu tragen, die Anspruch auf die Leistungen stellt.

V. Weitere Nachweise

Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Auch notwendige Nachweise - etwa über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - können wir anfordern, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die Kosten für diese zusätzlichen Untersuchungen und Nachweise tragen wir. Wir können verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Dies gilt insbesondere, wenn sich die »**versicherte Person**« im Ausland aufhält. Die Untersuchungskosten und die üblichen Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir.

§ 11 Mitwirkungspflicht

Wir sind nicht verpflichtet zu leisten, solange eine Mitwirkungspflicht von Ihnen, der »**versicherten Person**« oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird. Unter einer Mitwirkungspflicht ist z.B. das Einreichen von Nachweisen zu verstehen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Wenn die Verletzung der Mitwirkungspflicht keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht hat, bleiben die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bestehen. Bei Berufsunfähigkeit gilt: Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, leisten wir ab Beginn des dann laufenden Monats, sofern ansonsten alle Voraussetzungen für die Leistung erfüllt sind. Wir sind nur dann (vollständig oder teilweise) von der Leistung frei, wenn wir Ihnen die beschriebenen Konsequenzen in Textform mitgeteilt haben.

§ 12 Ergänzende Rechte und Pflichten bei Berufsunfähigkeit

(1) Wir verpflichten uns, innerhalb von vier Wochen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen,

- Ihnen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder
- weitere Unterlagen für die Prüfung von Ihnen anzufordern oder
- Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. Einholung eines neutralen Gutachtens) einleiten werden.

Solange eine Erklärung über unsere Leistungspflicht noch aussteht, informieren wir Sie mindestens alle sechs Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Grundsätzlich erkennen wir Leistungen zeitlich unbefristet an. Befristet erkennen wir Leistungen nur in begründeten Einzelfällen an. Dies ist dann nur einmalig für maximal 12 Monate möglich. Wird eine Leistung befristet anerkannt, wird sie für den entsprechenden Zeitraum auf jeden Fall und ohne Nachprüfung innerhalb des Zeitraums gezahlt. Nach Ablauf der Frist wird über unsere Leistungspflicht neu entschieden.

(2) Die »**versicherte Person**« ist verpflichtet, zur Verringerung des Schadens beizutragen. Dies bedeutet, dass sie sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zur Besserung oder Wiederherstellung der Gesundheit und damit zur Minderung der Berufsunfähigkeit unterziehen muss. Zumutbar sind Untersuchungen und Behandlungen

- bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann,

- die mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und
- die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit

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

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

- (3) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Hilfebedürftigkeit nachzuprüfen. Übt die »**versicherte Person** eine neue berufliche Tätigkeit aus, die ihrer Ausbildung, ihren Fähigkeiten und ihrer früheren Lebensstellung entspricht, so wird die Leistung eingestellt.
- (4) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich ärztliche Untersuchungen der »**versicherten Person** durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen unter § 10 Abschnitt V. gelten entsprechend.
- (5) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Hilfebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit der »**versicherten Person** müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

§ 13 Mitteilungen - Umzug

- (1) Bitte teilen Sie uns Ihren bevorstehenden Umzug oder Ihre Namensänderung möglichst zwei Wochen vor der Änderung Ihres Wohnsitzes oder Ihres Namens mit.
- (2) Auch alle anderen Mitteilungen, die Ihren Vertrag betreffen, erbitten wir so früh wie möglich schriftlich. Das betrifft z.B. Anträge auf Änderung Ihres Vertrages oder auch eine Kündigungserklärung.
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, benennen Sie uns bitte - auch in Ihrem Interesse - einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine im Inland ansässige Person, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen.

§ 14 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

- (1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.
- (2) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz (oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung) zuständig. Eine »**natürliche Person** kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie zur Zeit der Klageerhebung ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (3) Für Ansprüche aus dem Vertrag, die wir gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz haben.
- (4) Falls Sie Ihren Wohn- bzw. Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag bestimmen sich nach den Regelungen des »**VVG** und BGB. Diese finden sich in §§ 195 ff. des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) und in § 15 VVG. Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist gem. § 195 BGB drei Jahre.

Anhang I

Definition der versicherten schweren Krankheiten

- 1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)** Ein Herzinfarkt im Sinne der Bedingungen ist das Absterben von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:
- Typische klinische Symptome (z.B. das Auftreten der typischen Brustschmerzen)
 - Frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien
 - Für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern mit den Grenzwerten
 - Troponin T > 1.0 ng/ml
 - AccuTnI > 0.5 ng/mloder dementsprechende Grenzwerte anderer Troponin I-Methoden
 - Nachweis der Infarktnarbe durch eine Reduzierung der Funktion der linken oder rechten Herzkammer durch den Herzinfarkt. Einer der folgenden Befunde muss mit medizinischen bildgebenden Verfahren nachgewiesen werden:
 - eine verminderte Auswurffraktion des Herzens (Ejektionsfraktion),
 - eine schwere Wandbewegungsstörungen des Herzmuskels (Hypokinesie),
 - Abnormalitäten der Herzwandbewegung.
- 2. Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)** Kardiomyopathie im Sinne der Bedingungen sind nur die primären Herzmuskelerkrankungen. Das sind Herzerkrankungen, denen keine andere Herzerkrankung zu Grunde liegt. Sekundäre Herzmuskelschädigungen, z.B. durch Bluthochdruck (Hypertonie), Durchblutungsstörungen des Herzmuskels (Koronare Herzerkrankung), Herzklappenfehler oder toxische Einflüsse werden nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die Kardiomyopathie zu einer erheblichen Einschränkung der Herzleistung führt. Zudem müssen alle der folgenden Bedingungen nachgewiesen werden:
- Dauerhafte Einstufung der Beschwerden mit Feststellung von Atemnot bereits in Ruhestellung nach der Klasse IV der NYHA Klassifikation (New York Heart Association).
 - Die Auswurffraktion des Herzens (Ejektionsfraktion) muss während eines Zeitraumes von mindestens drei Monaten unter 30 % liegen. Dies muss durch eine Echokardiographie oder eine Szintigraphie oder eine andere medizinisch gleichwertige Methode nachgewiesen werden.
 - Es muss eine dauerhafte Erweiterung der linken Herzkammer auf mehr als 63 mm im Binnendurchmesser vorliegen.
- 3. Schlaganfall (Apoplektischer Insult)** Ein Schlaganfall im Sinne der Bedingungen ist das Absterben von Hirngewebe bei Durchblutungsstörungen infolge eines Hirninfarkts, einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Hirnblutung. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen uns nachgewiesen werden:
- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm (CT), ein Kernspintomogramm (MRI) oder andere gleichwertige bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
 - Der Schlaganfall führt zu mit neurologischen Methoden nachweisbaren Einschränkungen, die mindestens eine der fünf nachfolgend genannten Beeinträchtigungen zur Folge haben.
 - Diese jeweiligen Beeinträchtigungen bestehen zudem dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.
 - Die »**versicherte Person**« ist mindestens 3 Jahre alt.
1. Die »**versicherte Person**« ist dauerhaft nicht in der Lage, 200 Meter über ebenen Boden zu gehen:
 - ohne Einsatz von Hilfsmitteln (wie beispielsweise eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl)
 - ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 2. Die »**versicherte Person**« ist nicht in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Die Einschränkung besteht auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.
 3. Die »**versicherte Person**« kann nicht mehr sprechen. Sie benötigt Hilfsmittel (z.B. Sprachcomputer) um mit der Umwelt zu kommunizieren.
 4. Vollständiger Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Eine komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss mit neurologischen Methoden nachgewiesen werden.
 5. Bei der »**versicherten Person**« liegt eine durch einen Schlaganfall verursachte Schädigung des Sehzentrums im Gehirn mit den Folgen eines Gesichtsfeldausfalles beider Augen vor. Es muss auf beiden Augen mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein und die Diagnose ist

durch einen Augenarzt zu bestätigen.

- Bei »**versicherten Personen** unter drei Jahren muss der Schlaganfall zu einer dauerhaften, neurologisch nachweisbaren schweren Beeinträchtigung der körperlichen oder geistigen Entwicklung der »**versicherten Person** führen.

Die Beurteilung, ob eine oben aufgeführten Bedingungen (1 bis 5) an das neurologische Defizit erfüllt sind, hat frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall zu erfolgen. Voraussetzung hierfür ist, dass die »**versicherte Person** diesen Zeitpunkt erlebt. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach Ablauf von 3 Monaten seit der ärztlichen Diagnose (vgl. Teil A: § 4 Abschnitt II Abs. 3). Die in Teil A genannte Frist von 28 Tagen wird somit durch drei Monate ersetzt.

4. Chronisches Nierenversagen (Anurie)

Chronisches Nierenversagen im Sinne der Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im Endstadium, das eine regelmäßige Blutwäsche (Dauerdialysebehandlung) oder eine Nierentransplantation erforderlich macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung muss durch einen nierenärztlichen (nephrologischen) Bericht belegt werden. Unsere Leistungspflicht beginnt mit der Einreichung dieses Berichts oder mit Beginn der Dialysebehandlung oder erfolgter Transplantation.

5. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor. Dieser ist durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Bildung von Tochtergeschwülsten (Metastasen) gekennzeichnet. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems wie beispielsweise Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage eines entsprechenden Befundes bestätigt sein. Dies erfordert einen feingeweblichen (histologischen) - bzw. für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome zellnachweislichen (zytologischen) - Befund.

Besondere Wartezeit bei einer Krebserkrankung und Leistungsausschlüsse

- Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
 1. erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
 2. eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt; oder
 3. Tochtergeschwülste (Metastasen) auftreten, die auf eine Krebserkrankung zurückzuführen sind, die innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrags auftrat.Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.
- Frühformen von Krebserkrankungen fallen nicht unter den Versicherungsschutz. Diese sind medizinisch wissenschaftlich wie folgt definiert:
 1. Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
 2. Frühformen der Leukämie, wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt. Ausgenommen von dieser Regelung ist die chronisch lymphatische Leukämie.
 3. Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von Rai Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
 4. Alle Zellveränderungen der Stufe Carcinoma-in-situ oder prae-malignen Formen.
 5. Frühformen des Mundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
 6. Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome mit folgenden Kennzeichen:
 - histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation
 - oder eine Eindringtiefe von weniger als 1.5 Millimetern nach der Breslow-Methode.Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
 7. Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
 8. Frühformen des Schilddrüsenkrebses oder Blasenkrebses als papilläre Mikrokarzinome.
- Bei bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung fallen alle Stadien des Kaposi-Sarkoms oder anderer Tumore nicht unter den Versicherungsschutz.

6. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger bzw. benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns. Das versicherte Ereignis tritt ein, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors nachgewiesen sind wie beispielsweise:

- am Sehnerven das Papilloedem,
- Hirnleistungsstörung,
- epileptische Anfälle,
- Beeinträchtigung der Bewegung (motorische),
- Beeinträchtigung der Empfindung (sensorische).

Ferner muss mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt sein und uns nachgewiesen werden:

- Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
- Es ist nur noch eine lindernde (palliative) Behandlung möglich

Besondere Wartezeit bei einem Gutartigen (Benignen) Gehirntumor und Leistungsausschlüsse

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

1. Symptome des gutartigen Hirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder
2. eine Diagnose eines gutartigen Hirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.
3. Folgende Veränderungen am Gehirn vorliegen:
 - Cysten
 - Verkalkungen
 - Granulome
 - Abszesse
 - Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns
 - Tumore der Hirnanhangsdrüse
 - Tumore der Zirbeldrüse

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

7. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne der Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Sie geht mit speziellen Veränderungen (Entmarkungsherden) in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks einher. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein.
- Bei chronisch voranschreitendem (progredientem) Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der erstmaligen ärztlichen Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein. Insofern wird bei chronisch voranschreitendem Verlauf die in Teil A: § 4 Abschnitt II genannte Frist von 28 Tagen durch ein Jahr ersetzt.
- Die Erkrankung führt zu neurologischen Ausfällen, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
 1. Die »**versicherte Person** nicht in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Die Einschränkung besteht auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße. Diese Beeinträchtigung besteht zudem dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.
 2. Die »**versicherte Person** ist nicht in der Lage 200m über ebenen Boden zu gehen:
 - ohne Einsatz von Hilfsmitteln (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl)
 - ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen
 - diese Beeinträchtigung besteht zudem dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.
 3. Es liegt ein augenärztlich nachgewiesener Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom) vor. Diese Beeinträchtigung besteht zudem dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.

Sie erhalten unter bestimmten Bedingungen vorab eine Teilzahlung. Diese erfolgt bei schubförmigem Verlauf der Erkrankung bei Nachweis von mindestens zwei Schüben. Bei chronisch voranschreitendem Verlauf der Erkrankung nach mindestens einem Jahr seit der erstmaligen ärztlichen Diagnose. Wir erbringen dann eine Teilzahlung in Höhe von 50 % der vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch in Höhe von 20.000 EUR. Beim späteren Nachweis des oben angegebenen Vollbilds der Erkrankung, das mindestens eine der genannten Beeinträchtigungen zur Folge hat, leisten wir wie folgt. Wir leisten das »**um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen**«, in jedem Fall aber die in der »**Police**« angegebene Versicherungssumme abzüglich der bereits geleisteten Teilzahlung.

Besondere Wartezeit bei Multipler Sklerose und Leistungsausschluss

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- Symptome einer multiplen Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten;

- oder
- eine Diagnose von Multipler Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

8. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn zwei Arme oder zwei Beine oder eine Körperhälfte vollständig gelähmt sind. Diese Beeinträchtigungen bestehen zudem dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.

9. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle drei der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form einer eingeschränkten Atmungsfunktion oder eingeschränkten Bewegungsfähigkeiten (motorischen Fähigkeiten) äußern.
- Die Infektion verursacht neurologische Ausfälle, die sich in Form von Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußern.
- Diese Beeinträchtigungen bestehen zudem jeweils dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.

10. Parkinson'sche Krankheit

Die Parkinson'sche Erkrankung ist ein neurologisches Krankheitsbild mit dem Verlust (Degeneration) bestimmter Funktionen im zentralen Nervensystem und der zugehörigen Nervenzellen. Dieser Verlust führt zu Krankheitssymptomen von beispielsweise reduzierter Bewegungsfähigkeit mit Steifheit beim Gehen oder Greifen, starrer Mimik und kleiner Handschrift. Die leistungspflichtige Krankheit im Sinn der Bedingungen liegt nur bei der Krankheit an und für sich vor (sog. primäre oder ideopathische Form). Sie besteht nicht, wenn die Parkinson Symptome Teil einer anderen diagnostizierten Krankheit sind (sog. sekundäres Parkinson Syndrom). Unsere Leistungspflicht erfordert:

- Mögliche andere Diagnosen (Differentialdiagnosen) müssen explizit ausgeschlossen worden sein.
- Die Symptome zeigen einen voranschreitenden Verlauf krankheitsbedingter Ausfälle und Einschränkungen.
- Die Erkrankung ist mit Medikamenten, einer Operation oder anderen medizinischen Methoden nicht ausreichend behandelbar.

11. Schwere Motoneuronerkrankung

Die Schwere Motoneuronerkrankung im Sinne der Bedingungen ist charakterisiert durch den fortschreitenden Zelluntergang von Vorderhornzellen des Rückenmarks oder Nervenzellen des Hirnstamms. Sie äußert sich unter anderem durch:

- rückenmarksbedingten Muskelschwund (spinale muskuläre Atrophien),
- progressive Lähmungen der Hirnnerven,
- amyotrophe Lateralsklerose
- und primäre Nervendegeneration.

Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle drei der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Erkrankung führt zu Verlusten neurologischer Funktionen, die voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren andauern werden.
- Eine erhebliche Gehbehinderung oder Beeinträchtigung im Gebrauch der Arme und Hände liegt vor.
- Die neurologischen Funktionsausfälle sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt mit medizinisch technischen Untersuchungen wie:
 - bildgebenden Röntgen-Verfahren,
 - Messungen der Nervenfunktion,
 - technisch vergleichbaren Verfahren
 - oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

Besondere Wartezeit bei einer Schwere Motoneuronerkrankung und Leistungsausschluss

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages auftreten; oder

- eine Diagnose von Motoneuronenkrankung innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

12. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist die augenärztlich nachgewiesene, nicht wiederherstellbare und behandelbare Reduzierung der Sehschärfe (Visus). Diese Reduktion ist die Folge einer Krankheit oder eines Unfalls. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt nicht mehr als 6/60 oder 20/200. Alternativ wird nachgewiesen, dass das Sehfeld auf beiden Augen auf maximal 20° beschränkt ist.
- Die Sehschärfe oder das Sehfeld können durch Hilfsmittel nicht ausreichend verbessert werden. Auf dem schlechteren beider Augen resultiert durch Hilfsmittel keine Sehschärfe von mehr als 6/60 oder 20/200 oder kein Sehfeld von mehr als 20°.

13. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte und nicht behandelbare Verlust der Hörfähigkeit aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Für die Gehörlosigkeit gilt eine Grenze für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel. Dieser Hörverlust besteht zudem jeweils dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren. Kein Leistungsanspruch besteht, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten. Hierfür kommen ein Hörgerät, Implantat oder auch andere Hörhilfen in Frage.

14. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet den dauerhaften Verlust der Fähigkeit, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. D.h. die »**versicherte Person**« kann nicht mehr sprechen. Dieser Verlust besteht zudem dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren. Der Verlust der Sprache gilt erst ab dem vollendeten dritten Lebensjahr als versichert. Nicht versichert ist der Verlust der Sprache bei Entwicklungsstörungen oder psychischen Störungen.

15. Verlust von Gliedmaßen

Verlust von Gliedmaßen im Sinne der Bedingungen ist der vollständige und dauerhafte Verlust von mindestens zwei Gliedmaßen oberhalb der Hand und/oder oberhalb des Fußes.

16. Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Als schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen im Sinne der Bedingungen werden Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen dritten Grades von mindestens 20 % der Körperoberfläche bezeichnet. Ursächlich sind jeweils entweder thermische oder chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut. Als Messkriterium gilt die Neuner-Regel oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

17. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch Unfall verursachte Kopfverletzung, die durch äußere Krafteinwirkung herbeigeführt wurde. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgende Bedingung erfüllt ist und uns nachgewiesen wird. Die Schwere Kopfverletzung führt zu mit neurologischen Methoden nachweisbaren Einschränkungen, die mindestens eine der nachfolgend genannten Beeinträchtigungen zur Folge haben. Diese jeweiligen Beeinträchtigungen bestehen zudem jeweils dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.

1. Die »**versicherte Person**« ist dauerhaft nicht in der Lage, 200 Meter über ebenen Boden zu gehen:
 - ohne Einsatz von Hilfsmitteln (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl),
 - ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
2. Die »**versicherte Person**« nicht in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Die Einschränkung besteht auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.
3. Die »**versicherte Person**« ist dauerhaft nicht in der Lage zu sprechen und muss auf Hilfsmittel zur Kommunikation zurückgreifen.

18. Koma

Koma im Sinne der Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse, der eine künstliche Beatmung erfordert. Ein im Rahmen einer medizinischen Behandlung herbeigeführtes künstliches Koma wird nicht vom Versicherungsschutz erfasst. Unsere Leistungspflicht besteht, wenn nach einem für mindestens 96 Stunden andauernden Koma - eine der beiden nachfolgenden Bedingungen erfüllt ist. Diese Bedingung muss uns fachärztlich nachgewiesen werden (z.B. Facharzt für Neurologie, Anästhesie, Intensivmedizin).

1. Es liegen mit neurologischen Methoden nachweisbare Funktionsausfälle in Form von erheblichen Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten vor. Diese sind beispielsweise geistige Behinderungen, schwere Sprachstörung oder schwere Lähmungserscheinungen.

Diese neurologischen Funktionsausfälle

- müssen dauerhaft bestehen , d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren und

- sind in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt mit medizinisch technischen Untersuchungen wie:

- bildgebenden Röntgen-Verfahren,
- Messungen der Nervenfunktion,
- technisch vergleichbaren Verfahren
- oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

2. Haben die unter 1. genannten Funktionsausfälle und Beeinträchtigungen mindestens drei Monate andauert, gilt die Fortdauer dieses Zustandes als dauerhaft. Auch in diesem Fall ist ein Nachweis mit unter 1. genannten Befunden erforderlich. Die in Teil A: § 4 Abschnitt II Abs. 3 genannte Frist von 28 Tagen wird dementsprechend auf drei Monate heraufgesetzt.

Unsere Leistungspflicht besteht auch, wenn sich die »**versicherte Person** für einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten in einem Koma befand und dieser Zustand fort dauert.

Die in Teil A: § 4 Abschnitt II genannte Frist von 28 Tagen wird dementsprechend auf zwei Monate heraufgesetzt. Diagnose und Zustand müssen fachärztlich (z.B. Facharzt für Neurologie, Anästhesie, Intensivmedizin) nachgewiesen und durch entsprechende medizinische Unterlagen bestätigt werden.

19. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Bakterielle Meningitis im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird. Unsere Leistungspflicht besteht, wenn die nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind und uns fachärztlich (z.B. Facharzt für Neurologie) nachgewiesen werden:

1. Die »**versicherte Person** ist nicht HIV-infiziert.
2. Es liegen mit neurologischen Methoden nachweisbare Funktionsausfälle in Form von erheblichen Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten vor. Diese sind beispielsweise geistige Behinderung, schwere Sprachstörung oder schwere Lähmungserscheinungen. Diese neurologischen Funktionsausfälle
 - müssen dauerhaft bestehen , d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren und
 - sind in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt mit medizinisch technischen Untersuchungen wie:
 - bildgebenden Röntgen-Verfahren,
 - Messungen der Nervenfunktion,
 - technisch vergleichbaren Verfahren
 - oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

Unsere Leistungspflicht besteht auch, wenn die unter 2. genannten Funktionsausfälle und Beeinträchtigungen mindestens drei Monate andauert haben und dieser Zustand fort dauert. Auch in diesem Fall ist ein Nachweis mit unter 2. genannten Befunden erforderlich. Die in Teil A: § 4 Abschnitt II Abs. 3 genannte Frist von 28 Tagen wird dementsprechend auf drei Monate heraufgesetzt.

20. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist. Es können Bereiche des Gehirns wie eine Hirnhälfte, der Hirnstamm oder das Kleinhirn betroffen und eventuell die Hirnhäute beteiligt sein (Meningoenzephalitis). Unsere Leistungspflicht besteht, wenn die nachfolgenden Bedingungen erfüllt sind und uns fachärztlich (z.B. Facharzt für Neurologie) nachgewiesen werden:

1. Die »**versicherte Person** ist nicht HIV-infiziert.
2. Es liegen mit neurologischen Methoden nachweisbare Funktionsausfälle in Form von erheblichen Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten vor. Diese sind beispielsweise geistige Behinderungen, schwere Sprachstörung oder schwere Lähmungserscheinungen. Diese neurologischen Funktionsausfälle
 - müssen dauerhaft bestehen, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren und
 - sind zusätzlich in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen. Der Nachweis erfolgt mit medizinisch technischen Untersuchungen wie:
 - bildgebenden Röntgen-Verfahren,
 - Messungen der Nervenfunktion,
 - technisch vergleichbaren Verfahren
 - oder künftigen technischen Verfahren der Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktion.

Unsere Leistungspflicht besteht auch, wenn die unter 2. genannten Funktionsausfälle und Beeinträchtigungen mindestens drei Monate angedauert haben und dieser Zustand fort dauert. Auch in diesem Fall ist ein Nachweis mit unter 2. genannten Befunden erforderlich. Die in Teil A: § 4 Abschnitt II Abs. 3 genannte Frist von 28 Tagen wird dementsprechend auf drei Monate heraufgesetzt.

21. HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion -

Eine HIV-Infektion der »**versicherten Person**« - erworben durch Bluttransfusion - im Sinne der Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Den Nachweis dafür, dass der Eintritt der HIV-Infektion im Verantwortungsbereich eines Herstellers des Blutprodukts, eines Krankenhauses oder einer Institution, in der die Transfusion erfolgte, liegt.
- Dieser Nachweis ist entweder durch ein rechtskräftiges Urteil zu führen. Alternativ erfolgt der Nachweis durch medizinisch-chemische Laboruntersuchungen an allen Proben aller beteiligten Blutprodukte und Personen durch einen Laborarzt.
- Uns werden alle medizinischen Unterlagen über die durchgeführte Transfusion vorgelegt.
- Wir erhalten Zugang zu allen Blutproben der »**versicherten Person**« sowie zu den Proben des den Nachweis führenden Laborarztes.
- Wir erhalten die Möglichkeit, diese Blutproben unabhängig in Deutschland testen zu lassen.
- Die »**versicherte Person**« leidet nicht an Bluterkrankheit (Hämophilie).

22. HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit -

Die hier aufgeführte schwere Krankheit erfordert im Sinn der Bedingungen eine HIV-Infektion bei der Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Sie erfordert zwingend eine Verletzung oder einen Vorfall im beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

- Die »**versicherte Person**« muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben.
- Der Beruf der »**versicherten Person**« muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
- Die »**versicherte Person**« muss innerhalb von fünf Tagen nach dem Vorfall in einen Bluttest nachweisen, dass sie gegenwärtig nicht HIV-positiv ist. Dazu ist ein Bluttest auf das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren erforderlich.
- Das erstmalige Auftreten von HIV-Viren (Serokonversion) muss innerhalb von sechs Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- Innerhalb von zwölf Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
- Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

- Ärzte / -innen (Allgemeinärzte / -innen, Fachärzte / -innen, etc.)
- Zahnärzte / -innen
- Krankenschwestern / -pfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Hilfspersonal im Krankenhaus
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelfer / -innen
- Zahnarzthelfer / -innen
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Heilpraktiker / -innen
- Medizinisch-technische Assistenten / -innen
- Pharmazeuten / -innen
- Personal bei Beerdigungsinstituten
- Polizisten / -innen und Angehörige der Bundespolizei oder des Justizvollzugsdiensts
- Sanitäter / -innen
- Hebammen / Geburtshelfer
- Gefängnispersonal
- Zahntechniker / -innen

23. Übrige Erkrankungen des Zentralen Nervensystems

(wie zum Beispiel Morbus Alzheimer, Frontotemporale Demenz (Morbus Pick), Levy-Körperchen-Demenz, Vaskuläre Demenz (Morbus Binswanger), Friedreich-Ataxie, Ataxia teleangiectatica, Multiple Systematrophie, Creutzfeldt-Jacob-Krankheit, Corticobasale Degeneration, Neurosarkoidose, zerebrales Krampf-

fallsleiden (Epilepsie), Lupus erythematodes mit Beteiligung des Gehirns, Chronische Hirndruckerhöhung (Hydrocephalus), Hirnvenenthrombose, Neuro-Lues, Neuroborreliose, Thrombangiitis obliterans des Gehirns, Kollagenosen mit Beteiligung des Gehirns, progressive supranukleäre Blickparese)

Eine übrige Erkrankung des Zentralen Nervensystems im Sinn der Bedingungen liegt bei einer Erkrankung des zentralen Nervensystems vor, die alle nachfolgend genannten Bedingungen erfüllt.

- Die »**versicherte Person** hat das dritte Lebensjahr vollendet.
- Die übrige Erkrankung des Zentralen Nervensystems führt zu mit neurologischen Methoden nachweisbaren Einschränkungen, die mindestens eine der vier nachfolgend genannten Beeinträchtigungen zur Folge haben. Diese jeweiligen Beeinträchtigungen bestehen jeweils dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.
 1. Die »**versicherte Person** ist dauerhaft nicht in der Lage, 200 Meter über ebenen Boden zu gehen:
 - ohne Einsatz von Hilfsmitteln (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl)
 - ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 2. Die »**versicherte Person** nicht in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Die Einschränkung besteht auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.
 3. Die »**versicherte Person** ist dauerhaft nicht in der Lage zu sprechen und muss auf Hilfsmittel zur Kommunikation zurückgreifen.
 4. Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss mit neurologischen Methoden nachgewiesen werden.

Leistungsausschlüsse bei den übrigen Erkrankungen des zentralen Nervensystems

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung

- bei Erkrankungen des Zentralen Nervensystems als Folge des Versagens anderer innerer Organe,
- wenn es sich bei der Erkrankung des zentralen Nervensystems um eine psychiatrische Erkrankung handelt,
- bei einer Schädigung des spinalen Nervensystems durch mechanische Einwirkung (Verengung des Wirbelsäulenkanals, Durchtrennung, Quetschung) z.B. nach Unfall, infolge eines Tumors oder eines Bandscheibenvorfalles,
- wenn die »**versicherte Person** das dritte Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung,
- bei alkohol-, gift- oder drogenbedingten Erkrankungen des zentralen Nervensystems,
- wenn die Erkrankung des zentralen Nervensystems auf einen Selbsttötungsversuch zurückzuführen ist.

24. Tödliche Krankheit (Terminal Illness)

Tödliche Krankheit im Sinne der Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die innerhalb von 12 Monaten ab Feststellung voraussichtlich zum Tode führen wird. Voraussetzungen für die Leistung ist die Diagnose durch einen Facharzt, der die »**versicherte Person** zuvor nicht behandelt hatte. Ein Hausarzt ist kein Facharzt im Sinn dieser Bedingungen. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn keine weitere Behandlung der Erkrankung möglich ist und nur eine symptomatische und lindernde (palliative) Therapie erfolgt. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, einen weiteren Facharzt hinzuzuziehen.

Leistungsbeschränkung bei der Tödlichen Krankheit

Die Versicherungsleistung ist auf die Höhe der vereinbarten Leistung im Todesfall beschränkt. Mindestens leisten wir jedoch das »**um ein Prozent erhöhte Fondsvermögen**.

Leistungsausschluss bei der Tödlichen Krankheit

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.

25. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien)

Eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (Koronararterien) im Sinne der Bedingungen ist die Durchführung einer Operation an den Koronararterien unter Öffnung des Brustraumes. Hierzu gehört auch die sogenannte minimal invasive Methode. Ziel der Operation ist die Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Die operative Korrektur muss an zwei oder mehr Gefäßabschnitten erfolgen. Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

Besondere Wartezeit bei einer Bypass-Operation der Herzkranzgefäße und Leistungsausschluss

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

26. Operation der Hauptschlagader (Aorta)

Eine Operation an der Aorta im Sinne der Bedingungen ist eine Operation an der Hauptschlagader (Aorta). Diese erfolgt zur Korrektur oder zum teilweisen Ersatz der Aorta aufgrund einer Erweiterung (Aortenaneurysma), einer Verengung oder einem Einreißen der Hauptschlagader. Ferner ist für das versicherte Ereignis eine operative Öffnung des Brust- oder Bauchraums erforderlich. Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

27. Operation der Herzklappen

Eine Operation der Herzklappen im Sinne der Bedingungen ist die Durchführung einer Operation unter Öffnung des Brustraumes. Hierzu gehört auch die sogenannte minimal invasive Methode. Ziel der Operation ist die Korrektur oder der Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen. Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein.

Besondere Wartezeit bei einer Operation der Herzklappen und Leistungsausschluss

Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Zahlung des ersten Beitrages durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

28. Organtransplantation

Eine Organtransplantation im Sinne der Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von im folgenden genannten Organen eines Fremdspenders auf einen Empfänger. Die »**versicherte Person**« ist für diese schwere Krankheit immer der Empfänger des Organs.

Die folgenden Organe kommen in Betracht:

- Herz (nur komplette Transplantation),
- Lunge,
- Leber,
- Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der insulinproduzierenden Langerhans' Inseln allein),
- Niere,
- Blutstammzellen aus dem Knochenmark oder Knochenmark eines Fremdspenders

Das versicherte Ereignis tritt mit erfolgter Operation ein. Ferner tritt es vor einer Operation ein, wenn die »**versicherte Person**« alle der folgenden Nachweise und Bedingungen erfüllt:

- die Aufnahme in eine offiziell anerkannte Transplantations-Warteliste innerhalb Europas, der USA und Kanada durch ein Transplantationszentrum,
- die »**versicherte Person**« befindet sich seit mindestens einem Jahr auf der Transplantations-Warteliste,
- das Transplantationszentrum bestätigt nach diesem Zeitraum eine der beiden folgenden Bedingungen:
 - weiterhin bestehende Voraussetzungen für einen Verbleib der »**versicherten Person**« auf der Transplantations-Warteliste oder das Verlassen der Transplantations-Warteliste wegen Verschlechterung des Gesundheitszustands
- es liegt eine Bestätigung durch einen Facharzt vor, dass die Transplantation die bestmögliche Behandlungsweise für die »**versicherte Person**« ist,
- der Facharzt bestätigt ferner, dass die Erkrankung der »**versicherten Person**« lebensbedrohlich ist.

29. Aplastische Anämie

Aplastische Anämie im Sinne dieser Bedingungen ist ein nicht wieder herstellbares Versagen des Knochenmarks. Dieses Versagen führt zu einem Mangel an roten und weißen Blutkörperchen und Blutplättchen. Eine Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn die angegebenen Laborwerte für zwei Zellarten dauerhaft unterschritten werden. Diese Befunde müssen in wiederholten Untersuchungen konstant nachgewiesen sein. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, eigene Laboruntersuchungen durchführen zu lassen.

- Die Anzahl der Granulozyten (eine Gruppe der weißen Blutkörperchen) pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 500.
- Die Anzahl der Retikulozyten (junge rote Blutkörperchen) pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 60.000.
- Die Anzahl der Thrombozyten (Blutplättchen) pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 20.000.

30. Schwerer Unfall

Ein schwerer Unfall ist gekennzeichnet durch ein plötzlich von außen auf den Körper der »**versicherten Person**« einwirkendes Ereignis. Wir sind leistungspflichtig, wenn es dabei zu mindestens einer der folgenden Beeinträchtigungen kommt:

- Tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden ohne jegliche Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse. Der Zustand wurde nicht als künstliches Koma im Rahmen der medizinischen Behandlung herbeigeführt.
- Vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen oder zwei Beinen oder einer Körperhälfte. Diese jeweiligen Beeinträchtigungen bestehen zudem dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.
- Eine schwere Kopfverletzung führt zu mit neurologischen Methoden nachweisbaren Einschränkungen, die mindestens eine der nachfolgend genannten Beeinträchtigungen zur Folge haben. Diese jeweiligen Beeinträchtigungen bestehen zudem jeweils dauerhaft, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren.
 1. Die »**versicherte Person** ist dauerhaft nicht in der Lage, 200 Meter über ebenen Boden zu gehen:
 - ohne Einsatz von Hilfsmitteln (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl)
 - ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
 2. Die »**versicherte Person** nicht in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Die Einschränkung besteht auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße.
 3. Die »**versicherte Person** ist dauerhaft nicht in der Lage zu sprechen und muss auf Hilfsmittel zur Kommunikation zurückgreifen.

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

31. Rheumatische Arthritis (Polyarthritis)

Eine Rheumatische Arthritis (Polyarthritis) im Sinne der Bedingungen ist die schwere, chronisch verlaufende Gelenkentzündung mit Zerstörungen und Verformungen. Alleinige Grundlage der entzündlichen rheumatischen Arthritis ist eine Fehlsteuerung im Immunsystem, bei der körpereigenes Gewebe angegriffen wird (autoimmuner Krankheitsprozess). Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn mindestens drei große Gelenke d.h. Schulter-, Ellenbogen-, Hand-, Hüft-, Knie- oder Sprunggelenk betroffen sind. Zusätzlich bedarf die »**versicherte Person** bei mindestens drei der im folgenden genannten sechs Verrichtungen in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person. Dieser Zustand muss ärztlich bestätigt werden. Dieser Hilfebedarf muss auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel sowie dauerhaft bestehen, d.h. voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von drei Jahren:

- Fortbewegen im Zimmer
- Aufstehen und Zubettgehen
- An- und Auskleiden
- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
- Waschen und Baden/Duschen
- Verrichten der Notdurft

Die Diagnose muss durch Facharztberichte, einen Röntgenbefund, der die Verformung der Gelenke zeigt und Dokumentation der eingeschränkten Gelenkfunktion nachvollziehbar dargestellt sein. Der autoimmune Krankheitsprozess ist nachzuweisen.

Anhang II

Definition der Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit

1 Erwerbsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen

- (1) Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die »**versicherte Person** in Folge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich dauerhaft und vollständig außerstande ist, irgendeiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Die Krankheit, Körperverletzung oder der mehr als altersentsprechende Kräfteverfall ist ärztlich nachzuweisen.
- (2) "Dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Erwerbsunfähigkeit voraussichtlich länger als drei Jahre besteht und aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Wiedererlangung der Erwerbsfähigkeit besteht.
- (3) "Vollständig" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die »**versicherte Person** nicht in der Lage ist, durchschnittlich mehr als drei Stunden pro Werktag einer Erwerbstätigkeit nachzugehen.
- (4) Als Erwerbstätigkeit im Sinne von "irgendeiner" Erwerbstätigkeit gilt jede Tätigkeit, für die es einen Arbeitsmarkt gibt, und jede selbständige Tätigkeit. Bei der Feststellung der Erwerbsunfähigkeit werden die folgenden Faktoren nicht berücksichtigt:
 - die Höhe der Einkünfte dieser Erwerbstätigkeit,
 - die zuletzt ausgeübte berufliche Tätigkeit der »**versicherten Person**,
 - die erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten,
 - die bisherige Lebensstellung, insbesondere das bisherige berufliche Einkommen,
 - die Verhältnisse am Arbeitsmarkt. Es ist also unerheblich, ob entsprechende Arbeitsplätze zur Verfügung stehen.

Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers über eine Erwerbsunfähigkeit ist nicht bindend. D. h. auch bei durch einen Sozialversicherungsträger (z.B. Deutsche Rentenversicherung Bund) anerkannter Erwerbsunfähigkeit liegt nicht unbedingt Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor.

- (5) Als Erwerbsunfähigkeit gilt auch, wenn die »**versicherte Person** 24 Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall außerstande ist, irgendeiner Erwerbstätigkeit nachzugehen. Dieser Zustand muss außerdem über den 24-monatigen Zeitraum hinaus andauern und ist ärztlich nachzuweisen.

2 Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen

- (1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
 - Die »**versicherte Person** ist voraussichtlich dauerhaft so hilfebedürftig, dass sie für mindestens drei der im Folgenden genannten sechs Verrichtungen der Hilfe einer anderen Person bedarf.
 - Die Hilfe wird täglich und in erheblichem Umfang auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel benötigt.
 - Die Hilfebedürftigkeit ist die Folge von Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

"Dauerhaft" bedeutet in diesem Zusammenhang, dass die Pflegebedürftigkeit voraussichtlich länger als drei Jahre besteht und aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf Wegfall der Pflegebedürftigkeit besteht. Das ist insbesondere der Fall, wenn die restliche Lebenserwartung unter drei Jahren liegt.

Bei den oben genannten sechs Verrichtungen 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 Zimmerfortzubewegen. Die Nutzung einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel kann verlangt werden, um diesen Zustand zu verhindern.

- **Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die »**versicherte Person** nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann. Die Benutzung eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel kann verlangt werden, um diesen Zustand zu verhindern.
 - **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die »**versicherte Person** sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann. Die Benutzung krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel kann verlangt werden, um diesen Zustand zu verhindern.
 - **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die »**versicherte Person** nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann. Die Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel kann verlangt werden, um diesen Zustand zu verhindern.
 - **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die »**versicherte Person** sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Benutzung von Wannengriffen, einem Wannennift oder anderer technischer Hilfsmittel kann verlangt werden, um diesen Zustand zu verhindern.
 - **Verrichten der Notdurft**
Hilfebedarf liegt vor, wenn die »**versicherte Person** die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil
 1. sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder weil
 2. sie ihre Notdurft nur durch Benutzung einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 3. ihr Darm bzw. ihre Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.
 Hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft liegt keine Pflegebedürftigkeit vor, wenn eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase durch die Verwendung von Hilfsmitteln ausgeglichen werden kann. Diese Hilfsmittel können z.B. sein: Windeln, spezielle Einlagen, ein Katheder oder ein Kolostomiebeutel. Die Einschränkung gilt nur, wenn die »**versicherte Person** bei Verwendung der Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.
- (2) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die »**versicherte Person** voraussichtlich dauerhaft eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz aufweist. Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
- Die geistigen Fähigkeiten der »**versicherten Person** haben sich infolge einer organischen Krankheit wie der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert.
 - Die »**versicherte Person** muss beaufsichtigt werden, um Gefährdungen zu verhüten.
- Die schwere Einschränkung der Alltagskompetenz ist mit Standardtestverfahren nachzuweisen.
- (3) Eine solche schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten der »**versicherten Person** aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z.B. Depressionen beeinträchtigt sind.
- (4) Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung bedeutet, dass die »**versicherte Person** beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt. Gründe dafür können sein, dass die »**versicherte Person**
- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
 - gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
 - unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
 - sich der Situation nicht angemessen tätlich oder verbal aggressiv verhält.
- (5) Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtest müssen von einem ärztlichen Experten für solche Krankheitsbilder gestellt werden.

3 Berufsunfähigkeit im Sinne der Bedingungen

- (1) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:
- Die »**versicherte Person**« ist infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich länger als sechs Monate ununterbrochen außerstande, in ihrem Beruf tätig zu sein. Maßgeblich ist der zuletzt ausgeübte Beruf, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Die Krankheit, Körperverletzung oder der mehr als altersentsprechende Kräfteverfall sind ärztlich nachzuweisen.
 - Die »**versicherte Person**« geht keiner anderen Tätigkeit nach, die zu übernehmen sie auf Grund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist. Diese andere Tätigkeit muss der bisherigen Lebensstellung der »**versicherten Person**« entsprechen.

Die Lebensstellung wird sowohl durch das Einkommen als auch durch die soziale Wertschätzung bestimmt, wie sie durch den zuletzt ausgeübten Beruf geprägt waren. Bei der Beurteilung, ob eine Einkommensreduzierung für die »**versicherte Person**« zumutbar ist, orientieren wir uns an der höchstrichterlichen Rechtsprechung.

- (2) Bei Ärzten und Zahnärzten liegt vollständige Berufsunfähigkeit auch unter folgenden Voraussetzungen vor:
- Eine auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhende Verfügung verbietet der »**versicherten Person**«, wegen einer Infektionsgefahr Patienten zu behandeln (vollständiges Tätigkeitsverbot).
 - Dieses vollständige Tätigkeitsverbot erstreckt sich auf einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten.

Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt in Kopie vorzulegen.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, sofern die »**versicherte Person**« eine ihrer Ausbildung und Erfahrung entsprechende Tätigkeit tatsächlich ausübt und diese Tätigkeit ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

Werden Leistungen aufgrund des vollständigen Tätigkeitsverbotes erbracht, endet die Leistungsverpflichtung in folgenden Fällen:

- Das vollständige Tätigkeitsverbot wird aufgehoben.
- Die Gründe für das vollständige Tätigkeitsverbot sind weggefallen und die »**versicherte Person**« ist instande, ihren Beruf oder eine andere Tätigkeit auszuüben. Die andere Tätigkeit muss dabei aufgrund der Ausbildung und Erfahrung der »**versicherten Person**« ausgeübt werden können und der bisherigen Lebensstellung der »**versicherten Person**« entsprechen.

Die Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes und der Wegfall der Gründe hierfür sind uns unverzüglich anzuzeigen. Die Bestimmungen zur Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (vgl. Teil B: § 12 Abs. 4) gelten entsprechend.

- (3) Für Selbstständige und mitarbeitende Betriebsinhaber liegt keine Berufsunfähigkeit vor, wenn die »**versicherte Person**« durch wirtschaftlich zumutbare Umorganisation eine Berufsunfähigkeit vermeiden könnte. Das bedeutet, dass die »**versicherte Person**« als Selbstständiger bzw. mitarbeitender Betriebsinhaber nach der Umorganisation so weiter tätig sein könnte, dass keine Berufsunfähigkeit vorliegt. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich sinnvoll ist und vom »**Versicherungsnehmer**« oder der »**versicherten Person**« auch durchgeführt werden kann. Ferner muss die bisherige Lebensstellung des Selbstständigen oder Betriebsinhabers gewahrt bleiben. Für Gesellschafter-Geschäftsführer gilt dies entsprechend.
- (4) Bei Vollzeit-Studenten wird zur Beurteilung der Berufsunfähigkeit das Mindestanforderungsprofil der Berufe zu Grunde gelegt, für die dieser Studienabschluss typischerweise Voraussetzung ist. Dieses Mindestanforderungsprofil wird ersatzweise als ausgeübter Beruf betrachtet.
- (5) Teilweise Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die genannten Voraussetzungen für die vollständige Berufsunfähigkeit nur in einem bestimmten Grad (z.B. 50 %) erfüllt sind.
- (6) Ist die »**versicherte Person**« sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen, beruflich tätig zu sein, so gilt dieser Zustand, sofern er fort dauert, von Beginn an als Berufsunfähigkeit. Voraussetzung ist auch hier, dass die Berufsunfähigkeit durch Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, verursacht wurde. Sie kann vollständig oder teilweise vorliegen. Maßgeblich ist der zuletzt ausgeübte Beruf der »**versicherten Person**«, wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistung rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der sechsmonatige Zeitraum begonnen

hat. Bei verspäteter Meldung leisten wir bis zu drei Jahre ab Zeitpunkt der Meldung rückwirkend. Wenn die Verspätung der Meldung nicht auf das Verschulden des »**Versicherungsnehmers** zurückzuführen ist, leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit. Die obigen Punkte zur vollständigen und teilweisen Berufsunfähigkeit gelten entsprechend.

- (7) Übt die »**versicherte Person** bei Eintritt der Berufsunfähigkeit ihre berufliche Tätigkeit vorübergehend nicht aus, so gilt gemäß Absatz 1 als versichert:
- die zuletzt bei vorübergehendem Ausscheiden aus dem Berufsleben konkret ausgeübte Tätigkeit und
 - die bei Ausscheiden erreichte Lebensstellung.
- Vorübergehend bedeutet hier, dass die berufliche Tätigkeit für maximal drei Jahre nicht ausgeübt wird.
- (8) Ist die »**versicherte Person** länger als drei Jahre aus dem Berufsleben ausgeschieden, so gilt als Berufsunfähigkeit, wenn die »**versicherte Person** außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben
- die auf Grund ihrer Fähigkeiten und Kenntnisse ausgeübt werden kann und
 - die ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Krankheit, Körperverletzung oder des mehr als alterssprechenden Kräfteverfalls entspricht.
- (9) Innerhalb der Elternzeit ist die Tätigkeit versichert, die die »**versicherte Person** vor Beginn der Elternzeit konkret ausgeübt hat. Dies gilt auch, insofern mehrere Elternzeiten ohne Unterbrechung hintereinander durchgeführt werden.
- (10) Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die »**versicherte Person** pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen ist (vgl. Anhang II, 2 Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen).

Anhang III

Bewertung der Fondsanteile

- (1) Das Fondsvermögen ist der Wert Ihrer Fondsanteile in Euro. Es wird je Fonds berechnet und ergibt sich aus der Anzahl der Fondsanteile multipliziert mit dem »**Rücknahmekurs** am »**Bewertungstichtag**.
- (2) Der »**Rücknahmekurs** wird täglich z.B. in vielen regionalen und überregionalen Zeitungen veröffentlicht, so dass Sie sich laufend informieren können.
- (3) Als »**Bewertungstichtag** gilt:
 - **für die Beiträge**
der dem Fälligkeitstag Ihres Beitrags vorangegangene Börsentag. Verzögert sich der Beitrags-
eingang bei uns, so können wir den Beitrag mit dem »**Rücknahmekurs** an dem Tag des Bei-
tragseingangs in Fondsanteile umwandeln. Dies gilt nur, wenn Sie den verzögerten Beitrags-
eingang verursacht haben. Handelt es sich hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der dar-
auf folgende Börsentag als »**Bewertungstichtag** zugrunde gelegt.
 - **bei einmaligen Zuzahlungen**
der letzte Börsentag des Monats, in dem die Zuzahlung bei uns eingeht.
 - **bei Leistung im Todesfall**
der Tag, an dem die schriftliche Meldung des Todesfalls bei uns eingeht. Handelt es sich hier-
bei nicht um einen Börsentag, so wird der darauf folgende Börsentag als »**Bewertungstichtag**
zugrunde gelegt.
 - **bei Leistung im Falle des Eintritts einer schweren Krankheit, einer Erwerbsunfähigkeit
oder Pflegebedürftigkeit**
der Tag, an dem wir die Leistungspflicht anerkannt haben. Handelt es sich hierbei nicht um ei-
nen Börsentag, so wird der darauf folgende Börsentag als »**Bewertungstichtag** zugrunde ge-
legt.
 - **bei Fondswechsel**
Shift: spätestens der 2. Börsentag nach dem Tag, an dem der Shift beantragt worden ist, je-
doch nicht vor dem von Ihnen genannten Termin. Benutzen Sie für Ihren Antrag unsere Fax-
Nummer 0551/70157199.
Switch: wie bei Zahlung von Beiträgen.
 - **bei Kündigung**
der letzte Börsentag des Monats, der dem »**Wirksamkeitstermin** der Kündigung unmittelbar vor-
angeht.
 - **bei Beitragsfreistellung**
der letzte Börsentag vor »**Inkrafttreten** der Beitragsfreistellung zur Feststellung des Mindest-
fondsvermögens, das bei Beitragsfreistellung vorhanden sein muss.
 - **bei Zahlungsunterbrechung**
wie bei Beitragsfreistellung.
 - **bei Vorauszahlung**
der Tag, an dem die Vorauszahlung bis 12 Uhr mittags beantragt worden ist. Handelt es sich
hierbei nicht um einen Börsentag, so wird der auf diesen Tag folgende Börsentag als
»**Bewertungstichtag** zugrunde gelegt. Wird die Vorauszahlung nach 12 Uhr mittags bean-
tragt, gilt als »**Bewertungstichtag** der darauf folgende Börsentag. Benutzen Sie für Ihren An-
trag unsere Fax-Nummer 0551/70157199.
 - **bei Ablauf der Versicherung**
der letzte Börsentag des Monats, der dem Ablauftermin der Versicherung unmittelbar voran-
geht.

Anhang IV

Glossar

Ausgabeaufschlag

Gebühr für den Kauf von Fondsanteilen

Bewertungsreserven

(positive) Differenz aus dem Marktwert von Kapitalanlagen und deren in der Bilanz ausgewiesenen Wert. Dieser kann aufgrund gesetzlicher Vorschriften (Niederstwertprinzip) geringer sein als der Marktwert

Bewertungstichtag

maßgeblicher Tag für die Bewertung von Fondsanteilen

Deckungsrückstellung

Mit Deckungsrückstellung wird der in der Bilanz eines Versicherers angesetzte Wert der Verpflichtungen aus einem Versicherungsvertrag bezeichnet. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass der Versicherer jederzeit in der Lage sein muss, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Fondsgebundene Risikoversicherung

Bei einer Risikoversicherung wird die vereinbarte Leistung (nur) bei Eintritt der festgelegten Ereignisse (z.B. Tod, Berufsunfähigkeit) erbracht. Bei der fondsgebundenen Risikoversicherung werden die gezahlten Beiträge zudem in Fonds investiert. Die zur Finanzierung des Risikoschutzes und der »**Kosten**« benötigten Beitragsteile werden aus diesen Fonds entnommen.

Gebühren

Gebühren fallen an, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Vertragsverlauf nicht entstanden wäre. Wenn Sie beispielsweise Ihre Beiträge per Lastschrift zahlen, eine Lastschrift aber von Ihrer Bank mangels Deckung nicht eingelöst wird, stellt uns die Bank Gebühren in Rechnung. Diese reichen wir an Sie weiter. Anders als »**Kosten**« fallen Gebühren zusätzlich zu den Beiträgen an. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Den bei Vertragsabschluss aktuellen Gebührenkatalog finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf können Sie die jeweils aktuellen Gebühren jederzeit bei uns erfragen. Näheres zu Thema Gebühren können Sie auch in Teil C: § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen nachlesen.

Gewinnrente

Die Gewinnrente ist eine Form der Überschussbeteiligung, hier speziell für Verträge, bei denen eine Berufsunfähigkeitsrente gezahlt wird. Die jährlich zugeteilten »**Überschüsse**« werden zur Erhöhung der Rente verwendet. Dadurch steigt in der Regel die Rente. Falls in einem Jahr keine »**Überschüsse**« anfallen, bleibt die Rente gleich.

HGB

Handelsgesetzbuch

Inkrafttreten (einer Beitragsfreistellung)

Erster des Monats zu dem eine Beitragsfreistellung wirksam wird

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags fallen Abschluss- sowie Verwaltungskosten an. Im Gegensatz zu den »**Gebühren**« sind diese Kosten bereits in den Beiträgen enthalten, müssen also nicht zusätzlich gezahlt werden. Die Abschlusskosten werden in Teil B § 4 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen genauer beschrieben. Die Höhe der Kosten für Ihren Vertrag finden Sie im Produktinformationsblatt in Ihren Vertragsunterlagen.

Leistungsdauer

Zeitraum, in dem eine vereinbarte Leistung (z.B. eine Berufsunfähigkeitsrente) längstens erbracht wird. Das Ende der Leistungsdauer kann nach dem Ende der »**Versicherungsdauer**« liegen. Wenn der »**Leistungsfall**«, also z.B. die Berufsunfähigkeit, während der »**Versicherungsdauer**« eintritt, wird die Leistung, also z.B. die Berufsunfähigkeitsrente, bis zu Ende der Leistungsdauer erbracht.

Leistungsfall

Ereignis, das die vertraglich vereinbarte Leistung auslöst (z.B. Tod, Berufsunfähigkeit, schwere Krankheit)

natürliche Person

Im Gegensatz zu juristischen Personen werden mit dem Begriff "natürliche Person" Menschen bezeichnet, und zwar im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten, die diesen Personen zufallen.

Police (Versicherungsschein)

Urkunde über einen zustande gekommenen Versicherungsvertrag

Rentenzahlungsperiode

Entsprechend der vereinbarten »**Rentenzahlweise** besteht eine Rentenzahlungsperiode aus einem Monat, einem Vierteljahr, einem halben Jahr oder einem Jahr. Die Rentenzahlungsperioden werden grundsätzlich vom »**Stamntag** der Versicherung aus bestimmt.

Rentenzahlweise

Rhythmus, in dem eine Rente gezahlt wird: monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich

Risikobeiträge

Beitragsteile, die zur Finanzierung des Versicherungsschutzes im Todesfall, bei Eintritt einer schweren Krankheit sowie - sofern vereinbart - bei Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit verwendet werden

Rückkaufswert

Betrag, den der Versicherer z.B. bei einer Kündigung des Vertrags, bei Rücktritt oder bei Anfechtung an den »**Versicherungsnehmer** auszahlt. Grundsätzliches zum Thema Rückkaufswert können Sie Teil B: § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen. Die konkrete Höhe der Rückkaufswerte für Ihren Vertrag finden Sie in Ihren Versicherungsunterlagen, z.B. in der »**Police**.

Rücknahmekurs

Preis, der bei der Rückgabe von Fondsanteilen von der Kapitalanlagegesellschaft gezahlt wird. Der Rücknahmekurs wird täglich, allerdings nur an Börsentagen, ermittelt.

Stamntag

Erster Tag des Monats, in dem die Versicherung abläuft. Den Ablauftermin entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein.

Überschussanteilsatz

prozentualer Satz, der angibt, wie hoch die »**Überschüsse** sind, die einem Vertrag im jeweiligen Kalenderjahr zugewiesen werden

Überschussdeklaration

Die Höhe der Überschussanteile, die den Verträgen in Abhängigkeit von Tarif und Kalenderjahr zugeführt wird, wird in der Überschussdeklaration im Geschäftsbericht veröffentlicht.

Überschüsse

Die Beiträge in der Lebensversicherung müssen sehr vorsichtig kalkuliert werden. Wenn weniger »**Leistungsfälle** eintreten, als bei der Kalkulation angenommen wurde, oder die tatsächlichen »**Kosten** geringer sind als die ursprünglich angesetzt, entstehen Überschüsse. Die »**Versicherungsnehmer** partizipieren durch die Überschussbeteiligung an den entstandenen Überschüssen.

Überschusszuteilung

Höhe der »**Überschüsse**, die einem Vertrag zugewiesen werden

um ein Prozent erhöhtes Fondsvermögen

das zum aktuellen Zeitpunkt vorhandene Fondsvermögen des Vertrages sowie ein zusätzlicher Betrag in Höhe von 1% des vorhandenen Fondsvermögens

VAG

Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz)

Verantwortlicher Aktuar

Der Verantwortliche Aktuar ist eine vom Versicherungsunternehmen aufgrund gesetzlicher Vorschriften zu bestellende Person. Er stellt u. a. sicher, dass die kalkulierten Beiträge ausreichen, damit das Versicherungsunternehmen jederzeit die Leistungen, die vertraglich zugesagt sind, erbringen kann.

Verbrechen

rechtswidrige Taten, die mit einer Freiheitsstrafe von mindestens einem Jahr geahndet werden

Vergehen

rechtswidrige Taten, für die die Mindest-Freiheitsstrafe unter einem Jahr liegt oder die mit einer Geldstrafe geahndet werden

versicherte Person

Person, die gegen Tod, schwere Krankheit usw. versichert ist

Versicherungsdauer

Zeitraum vom Versicherungsbeginn an bis zum Ablauf der Versicherung bzw. eines Versicherungsteils (z.B. der Absicherung gegen Berufsunfähigkeit)

Versicherungsnehmer

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer

VVG

Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz)

Wirksamkeitstermin (einer Kündigung)

Monatserster zu dem eine Kündigung wirksam wird