

Inhaltsübersicht

I Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2	Welche Zusatzleistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch entstanden ist?	4
§ 3	Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	5
§ 4	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	6
§ 5	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	7
§ 6	Unter welchen Voraussetzungen ist eine Verlängerung der Vertragslaufzeit und der Leistungsdauer ohne Gesundheitsprüfung möglich?	7
§ 7	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	7
§ 8	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?	8
§ 9	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	8
§ 10	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	9
§ 11	Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?	9
§ 12	Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?	9
§ 13	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?	10
§ 14	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	10
§ 15	Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?	10
§ 16	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?	11
§ 17	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	11
§ 18	Wer erhält die Versicherungsleistung?	11
§ 19	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?	11
§ 20	Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?	11
§ 21	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	11
§ 22	Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?	12
§ 23	Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?	12
§ 24	Wo ist der Gerichtsstand?	12

II Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

III Besondere Bedingungen für die Nach- versicherungsgarantie zur Berufsunfähig- keitsversicherung

IV Besondere Bedingungen für die Berufs- unfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

§ 1	Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?	14
§ 2	Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?	14
§ 3	Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?	14
§ 4	Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?	14
§ 5	Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?	14

V Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen eines minderjährigen Kindes

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

I Allgemeine Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

1. Wird die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig (vgl. § 3), so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Die Rente zahlen wir entsprechend der vereinbarten Rentenzahlungsweise im Voraus, erstmals anteilig bis zum Ende der laufenden Rentenzahlungsperiode;
- b) volle Befreiung von der Beitragspflicht.

Bei einem geringeren Grad der Berufsunfähigkeit besteht kein Anspruch auf diese Versicherungsleistungen.

2. Versicherungsdauer ist der Zeitraum, in dem Versicherungsschutz besteht. Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer zuerkannte Leistung längstens gewährt wird.

Ist eine gegenüber der Versicherungsdauer längere Leistungsdauer vereinbart, so werden Ansprüche, die durch Eintritt der Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer entstanden sind, auch dann noch anerkannt, wenn sie nach Ablauf der Versicherungsdauer geltend gemacht werden, sofern die Leistungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der Versicherungsdauer fällig gewordene Leistung infolge Wiederherstellung der Berufsfähigkeit (Reaktivierung) erloschen ist und nach Ablauf der Versicherungsdauer eine erneute Berufsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung in der ersten Berufsunfähigkeit hat.

3. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung entsteht mit Beginn des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit gemäß § 3 eingetreten ist.

4. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Rentenleistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 4).

5. Bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge weiter entrichten; wir werden jedoch die über den Leistungsbeginn hinaus gezahlten Beiträge bei Anerkennung der Leistungspflicht verzinst mit dem Rechnungszins des Vertrages zurückzahlen. Auf Ihren Wunsch hin sind wir bereit, die Beiträge bis zu unserer endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos zu stunden. Im Falle eines Rechtsstreits über unsere Leistungspflicht stunden wir Ihnen die Beiträge bis zur rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung. Nach einer abschlägigen Entscheidung sind die gestundeten Beiträge innerhalb von 30 Tagen nachzuzahlen. Anstelle der Zahlung der offenen Beiträge innerhalb dieser Frist können Sie die gestundeten Beiträge durch eine Vertragsänderung bzw. durch Verrechnung mit dem Guthaben oder den Gewinnanteilen tilgen oder in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen erheben wir in diesem Falle nicht.

6. Der Anspruch auf Rente und Beitragsbefreiung erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt – bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (§ 3 Nr. 12 bis 15), wenn die Pflegebedürftigkeit nicht mehr besteht. Einzelheiten regelt § 15 Nr. 3. Ansonsten erlischt der Anspruch spätestens, wenn die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

7. Schwere Krankheit eines Kindes

Falls bei einem leiblichen oder adoptierten Kind der versicherten Person eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eintritt, das Kind mindestens ein Jahr alt ist und das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir beim Eintritt einer schweren Krankheit eines Kindes gemäß Abschnitt V (Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen) einmalig zwölf Monatsrenten, maximal jedoch 30.000 €. Der Anspruch auf diese Zusatzleistung entsteht nach Ablauf von vier Wochen seit der Diagnose des behandelnden Arztes, sofern das betreffende Kind diesen Zeitpunkt erlebt. Ausnahmen sind bei einzelnen schweren Krankheiten im Abschnitt V beschrieben.

Die Leistung wird einmalig gezahlt, auch wenn mehrere schwere Krankheiten gleichzeitig oder nacheinander eintreten bzw. wenn bei weiteren Kindern der versicherten Person eine schwere Krankheit auftritt. Falls für die versicherte Person mehrere Verträge bestehen, wird diese Zusatzleistung ebenfalls nur einmal fällig.

Der Anspruch auf diese Zusatzleistung entsteht frühestens ein Jahr nach der Zahlung des Einlösebeitrages. Tritt vor diesem Zeitpunkt oder im ersten Lebensjahr des Kindes für die schwere Krankheit erstmalige Symptome auf oder ist die schwere Krankheit direkt oder indirekt auf eine Vorerkrankung zurückzuführen, die bereits im ersten Lebensjahr des Kindes oder vor Vertragsabschluss oder zum Zeitpunkt der Adoption bestand, besteht kein Anspruch auf die Versicherungsleistung.

8. Sofortleistungen bei schweren Unfallverletzungen

Bei den nachfolgend beschriebenen schweren Verletzungen in Folge eines Unfalls, die nicht zur Berufsunfähigkeit führen, erhalten Sie eine Sofortleistung in Höhe von zwölf Monatsrenten, maximal jedoch 12.000 €:

- a) Querschnittslähmung nach Schädigung des Rückenmarks,
- b) Amputation einer Hand oder eines Fußes,
- c) Verbrennungen II. oder III. Grades von mehr als 20 % der Körperoberfläche,
- d) Schädel-Hirn-Trauma II. oder III. Grades,
- e) dauerhafte Sehkraftminderung auf beiden Augen um jeweils mindestens 60 %,
- f) Kombination aus mindestens zwei der folgenden Verletzungen (es müssen mindestens zwei der vier nachstehenden Kategorien betroffen sein):
 - f1) Bruch eines Oberarm-, Unterarm-, Oberschenkel- oder Unterschenkelknochens,
 - f2) Wirbelkörperbruch,
 - f3) Beckenbruch,
 - f4) gewebezerstörender Schaden an Herz, Lunge, Leber, Milz oder Niere.

Tritt die bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit infolge des Unfalls innerhalb eines Jahres nach dem Unfallzeitpunkt ein, verrechnen wir die ausgezahlte Sofortleistung mit den dann fälligen Berufsunfähigkeitsrenten.

Die Sofortleistung in Folge eines schweren Unfalls kann einmalig in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

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

9. Kinder-Bonus

Bei einer anerkannten Berufsunfähigkeitsleistung erhöht sich die monatlich garantierte Berufsunfähigkeitsrente für sechs Monate um 50 % bei Eintritt eines der folgenden Ereignisse:

- Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person

Die Zahlung dieser Bonusrente beginnt zum 1. des Folgemonats nach der Geburt oder der Adoption eines Kindes und endet nach Ablauf von sechs Monaten, sofern für diesen Zeitraum der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsrente gemäß § 3 besteht.

Die maximale Bonusrente beträgt für sechs Monate monatlich 1.000 €. Endet der Anspruch auf Berufsunfähigkeitsrente während dieses sechsmonatigen Zeitraums gemäß § 3, endet zum gleichen Zeitpunkt auch die Zahlung der Bonusrente.

Auch bei Eintritt mehrerer Ereignisse wird die Bonusrente nur einmalig gewährt, wenn zwischen den einzelnen Ereignissen nicht mehr als sechs Monate vergangen sind.

Die Bonusrente kann während der gesamten Laufzeit des Vertrages nur einmal beantragt werden.

Die Erhöhungs-Leistung ist auf 6.000 € begrenzt.

Uns sind geeignete Nachweise dafür vorzulegen, dass die jeweiligen Voraussetzungen für die Bonusrente eingetreten sind (z.B. Geburtsurkunde oder Adoptionsurkunde).

Diese Zusatzleistung wird nicht gewährt, wenn wir gemäß § 8 zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung berechtigt sind bzw. eine Ablehnung gemäß § 7 erforderlich ist.

10. Leistung bei schwerer Krankheit bei einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten

Bei Nachweis der Diagnose einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten, die nach Zustandekommen des Vertrags und mindestens zwölf Monate vor Ende der Leistungsdauer gestellt wird, zahlen wir für zwölf Monate die Berufsunfähigkeitsrente, die zum Zeitpunkt der Diagnose der schweren Krankheit gültig ist, in einem Betrag. Die gültige Berufsunfähigkeitsrente ist zu jeder Zeit die Rente, die auf Ihrem Versicherungsschein bzw. auf Nachträgen zu Versicherungsschein angegeben ist oder die nachträglich zwischen Ihnen und uns vereinbart worden ist.

Schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist jede fortschreitende, unheilbare Krankheit, die nach Ansicht des behandelnden Facharztes und unseres Gesellschaftsarztes innerhalb von zwölf Monaten zum Tode führen wird, und bei der keine weitere Behandlung und/oder nur eine rein schmerzlinde (palliative) Therapie erfolgen kann. In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, die Stellungnahmen eines unabhängigen Facharztes einzuholen.

Mit Zahlung der zwölf Berufsunfähigkeitsrenten für die schwere Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten endet Ihr Vertrag.

Die vorgezogene Leistung bei schwerer Krankheit wird dann nicht gewährt, wenn die schwere Krankheit auf Umstände gemäß § 7 zurückzuführen ist oder auf Umstände, deren Nichtanzeige zum Rücktritt bzw. zur Anfechtung nach § 8 berechtigt.

11. Assistance-Leistungen

Die nachstehenden Leistungen gewähren wir ohne gesonderte Beitragsberechnung. Bestehen bei unserer Gesellschaft mehrere Lebensversicherungen, können diese Leistungen nur aus einer Versicherung beantragt werden.

11.1 24-Stunden-Hilfe

Über unser 24-Stunden-Service-Telefon stehen wir Ihnen an sieben Tagen in der Woche unter der Rufnummer 0049 611 2787-336 rund um die Uhr zur Verfügung.

Die Ländervorwahl 0049 für Deutschland gilt in den meisten Ländern; im Einzelfall erkundigen Sie sich bitte vor Ort nach der Ländervorwahl. Bitte beachten Sie, dass durch den Anruf Kosten entstehen.

Wir helfen Ihnen in den nachstehend beschriebenen Situationen und informieren, falls gewünscht, die von Ihnen benannten Personen oder Institutionen.

Im Ausland helfen wir Ihnen bei Verständigungsproblemen mit Ärzten, Rechtsanwälten und Behörden im Zusammenhang mit den von uns zu erbringenden Leistungen.

Die Hilfeleistungen können allerdings nur übernommen werden, wenn den von uns beauftragten Dienstleistern die dazu erforderlichen Auskünfte und Einverständniserklärungen erteilt werden.

11.2 Medikamentenversand

Sind für eine medizinisch notwendige Behandlung im Ausland infolge von Krankheit oder Unfall erforderliche Arzneimittel, Hilfsmittel oder Geräte vor Ort nicht erhältlich, organisieren wir die Zusendung.

11.3 Änderungen des Reiseverlaufs

Kann während einer Reise aufgrund von Krankheit oder Unfall der versicherten Person die Heimreise nicht wie geplant angetreten werden, organisieren wir die Änderung des Reiseablaufs für die versicherte Person und die mitreisenden Familienangehörigen.

Für die Heimreise von betreuungsbedürftigen Personen organisieren wir im Bedarfsfall eine Begleitperson.

11.4 Krankenbesuch

Muss die versicherte Person während einer Auslandsreise aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls im Krankenhaus behandelt werden, organisieren wir den Besuch einer nahestehenden Person.

11.5 Kinderbetreuung und Haushaltshilfe

Ist die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht zu der ihr obliegenden Versorgung und Beaufsichtigung der in ihrem Haushalt lebenden Kinder in der Lage, organisieren wir eine Kinderbetreuung oder Haushaltshilfe.

11.6 Haustierbetreuung

Ist die versicherte Person aufgrund von Krankheit oder Unfall nicht zur Versorgung ihrer Haustiere in der Lage, organisieren wir die Unterbringung der Tiere. Wurden die Tiere auf einer Reise mitgeführt, organisieren wir zusätzlich den Heimtransport.

Als Haustiere gelten Hunde, Katzen und andere heimische Kleintiere, jedoch keine Exoten.

11.7 Leistungen bei Todesfall auf Reisen

Bei Tod der versicherten Person organisieren wir die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

Ereignete sich der Todesfall im Ausland, organisieren wir – nach Abstimmung mit den Angehörigen – die Bestattung im Ausland oder die Überführung zum letzten ständigen Wohnsitz.

11.8 Vermittlung einer psychologischen Hilfestellung für Bezugsberechtigte

Wir organisieren eine individuelle, persönliche psychologische Unterstützung nach Eintritt der Berufsunfähigkeit der versicherten Person.

11.9 Gesundheitsnavigator

Wir bieten Ihnen zusätzlich umfangreiche Serviceleistungen unseres Gesundheitstelefon, die Sie in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und geben Ihnen Informationen zu

- allgemeinen Gesundheitsfragen, Krankheiten, Arzneimitteln, Diagnose- und Behandlungsmethoden, Heil- und Hilfsmitteln, Vorsorgeprogrammen und Schutzimpfungen
- geplanten Krankenhausaufenthalten

Wir nennen Ihnen

- Adressen und Telefonnummern von Behandlern und Kliniken

Wir senden Ihnen

- Behandlungsleitlinien und Informationsmaterial für bestimmte Erkrankungen

Außerdem bieten wir Ihnen

- Terminvereinbarungen mit Behandlern
- die Vermittlung von Operationsplätzen und -terminen
- zur Klärung schwieriger medizinischer Fragen
 - die Einschaltung von Spezialisten
 - die Einholung einer ärztlichen Zweitmeinung

Allgemeine medizinische Beratung

- Aktuelle Gesundheitsthemen, Erkrankungen und deren Ursachen sowie Verletzungen
- Diagnostik und Therapiestandards sowie alternative Therapien und Naturheilverfahren
- Impfung und Ernährung

Zahnmedizinische Beratung

- Allgemeine zahnärztliche Themen

Reisemedizinische Beratung

- Empfohlene bzw. notwendige Impfungen
- Reiseapotheke
- Art und Ausbreitung von Krankheiten am Reiseziel

Präventionsberatung

- Fitness und Bewegung
- Stressbewältigung, Work Life Balance und Entspannung
- Vereinbarung von Familie und Beruf

Vermittlung von Spezialisten und Einrichtungen

- Ärzte, Zahnärzte, Krankenhäuser, Reha-Zentren
- Psychologen und Heilpraktiker
- Pflegedienste und Pflegeheime

Arzneimittelberatung

- Wirkungen, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen
- Wirkstoffe und Generika
- Bezug von rezeptpflichtigen Arzneimitteln im Ausland

Ärztliche Zweitmeinung

- Absicherung von Diagnosen und Therapieempfehlungen
- Beratung durch einen Arzt per Telefon
- Bei Bedarf Vermittlung eines Termins bei Spezialisten

11.10 Pflegenavigator

Wir bieten Ihnen zusätzlich umfangreiche Serviceleistungen unseres Pflegetelefon, die Sie nach Eintritt der Berufsunfähigkeit in Anspruch nehmen können.

Unsere Experten beraten Sie und organisieren für Sie bei Bedarf Dienstleister für

- Menü-Service
- Einkäufe und Besorgungen
- Wohnungsreinigungen
- Wäsche-Service
- Begleitung bei Arzt-/ Behördengängen
- Kinderbetreuung
- Fahrdienste für Kinder
- Haustierbetreuung
- Gartenpflege
- Umbauberatung
- Pflegeschulung
- Installation von Hausnotrufen
- Tag- und Nachtwache

Einschränkungen während einer beitragsfreien Zeit

Der Anspruch auf die Zusatzleistungen gemäß Absatz 7 bis Absatz 11 entfällt für den Zeitraum, in dem der Vertrag gemäß § 10 bzw. § 11 in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt wird.

§ 2 Welche Zusatzleistungen erbringen wir, wenn ein Rentenanspruch entstanden ist?

1. Ist ein Anspruch auf Rentenzahlung entstanden, erbringen wir folgende Zusatzleistungen:

a) Behinderungsbedingte Kosten

Innerhalb eines Zeitraums von drei Jahren nach Eintritt der Berufsunfähigkeit übernehmen wir die Kosten für folgende Maßnahmen bis zu einer Höhe von insgesamt zwei Monatsrenten, höchstens aber 10.000 €, sofern die Maßnahmen ausschließlich aufgrund der Berufsunfähigkeit erforderlich werden:

- behindertengerechter Umbau des PKW der versicherten Person;
- behindertengerechter Umbau der Wohnung oder Umzug in eine behindertengerechte Wohnung;
- Prothesen und Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl);
- Schulungs- und Prüfungsgebühren für Umschulungsmaßnahmen.

Die Kosten sind uns anhand entsprechender Belege nachzuweisen. Im Falle eines zeitlich begrenzten Anerkenntnisses (vgl. § 14 Nr. 2) entsteht kein Anspruch auf diese Leistung.

b) Rehabilitationshilfen

Wir übernehmen die Kosten von Rehabilitationsmaßnahmen bis zu einer Höhe von zwei Monatsrenten, höchstens 10.000 €, wenn aus medizinischer und arbeitsmarktbezogener Sicht die begründete Aussicht besteht, dass die Aufnahme einer Berufstätigkeit dadurch früher erfolgen kann.

c) Hilfen zur Umorganisation

Wenn die versicherte Person nach einer Umorganisation des bisherigen Arbeitsplatzes oder Tätigkeitsbereiches wieder ihren bisherigen Beruf oder eine andere Tätigkeit so ausübt, dass keine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 mehr gegeben ist und unsere Leistungspflicht daher endet, beteiligen wir uns an den Umgestaltungskosten bis zu einer Höhe von sechs Monatsrenten, höchstens aber 30.000 €.

d) Wiedereingliederungshilfen

Endet der Anspruch auf Zahlung einer Berufsunfähigkeitsrente, weil Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 nicht mehr gegeben ist, zahlen wir als Einmalleistung eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von sechs Monatsrenten. Der Anspruch auf Wiedereingliederungshilfe entsteht an dem Tag, an dem die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden muss (vgl. § 15 Nr. 3). Nach Ablauf eines zeitlich befristeten Anerkenntnisses (vgl. § 14 Nr. 2) wird eine Wiedereingliederungshilfe nicht gezahlt. Die Wiedereingliederungshilfe kann während der Versicherungsdauer zweimal in Anspruch genommen werden, höchstens jedoch bis zu einer Gesamtsumme von 30.000 € während der Laufzeit des Vertrages, auch wenn diese verlängert wurde. Tritt innerhalb eines Jahres ab Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe erneut Berufsunfähigkeit ein, entfällt der Anspruch auf diese Wiedereingliederungshilfe. Ist diese Wiedereingliederungshilfe bereits ausgezahlt, so wird sie mit zukünftigen Versicherungsleistungen verrechnet.

2. Obergrenzen für Zusatzleistungen

Die Summe der von uns als behinderungsbedingte Kosten, Rehabilitationshilfen, Hilfen zur Umorganisation und Wiedereingliederungshilfen zu erbringenden Leistungen ist während der Versicherungsdauer auf insgesamt zwölf Monatsrenten, höchstens aber 30.000 €, begrenzt.

§ 3 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder altersentsprechenden sowie mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich außerstande sein wird, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf wie in gesunden Tagen nachzugehen und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen bereits ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraumes.
2. Eine Tätigkeit entspricht dann der bisherigen Lebensstellung, wenn
 - sie wirtschaftlich und hinsichtlich ihrer sozialen Wertschätzung mit dem zuletzt ausgeübten Beruf vergleichbar ist und
 - das daraus erzielbare jährliche Einkommen mindestens 80 % des durchschnittlichen Einkommens aus Erwerbstätigkeit der letzten drei Jahre vor der Berufsunfähigkeit beträgt.

Bei der Ermittlung werden krankheitsbedingte Einkommensausfälle ausgeglichen. Die Umstände des Einzelfalls werden bei der Festlegung der zumutbaren Einkommensminderung berücksichtigt. Sollte der deutsche Bundesgerichtshof einen höheren Prozentsatz für das durchschnittliche Einkommen festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

3. Vollständige Berufsunfähigkeit liegt ebenso vor, wenn für die zuletzt in gesunden Tagen zu mindestens 50 % ausgeübte Tätigkeit, wegen einer Infektion oder wegen der Gefahr einer Infizierung Dritter, durch die zuständige Behörde ein vollständiges Tätigkeitsverbot ausgesprochen wird (Infektionsklausel). Das vollständige Tätigkeitsverbot muss sich über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstrecken. Mit der Aufhebung des vollständigen Tätigkeitsverbotes entfällt der Anspruch auf die Berufsunfähigkeitsleistung. Zum Nachweis des Vorliegens eines vollständigen Tätigkeitsverbotes ist uns die Verfügung im Original oder amtlich beglaubigt vorzulegen.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit zu mehr als 50 % konkret ausübt, die entsprechend ihrer Ausbildung und Fähigkeiten und ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung ausgeübt werden kann, und die ihrer Lebensstellung gemäß Abs. 2 entspricht, die vor Eintritt des Tätigkeitsverbotes bestanden hat.

4. Als Beruf gilt die berufliche Tätigkeit, die zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung vor Eintritt der Berufsunfähigkeit ausgeübt wurde.
5. Übt die versicherte Person bei Eintritt der Berufsunfähigkeit keine berufliche Tätigkeit aus, besteht während der restlichen Versicherungsdauer Versicherungsschutz auf Grundlage der zuletzt ohne gesundheitliche Beeinträchtigung vor Ausscheiden aus dem Beruf ausgeübten Tätigkeit und ihrer Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens.
6. Als Beruf gilt:
 - a) bei Hausfrauen und Hausmännern die Tätigkeit eines Hauswirtschafters;
 - b) bei Schülern die berufliche Tätigkeit einer Arbeitskraft mit noch nicht bestimmtem Beruf;
 - c) bei Auszubildenden wird als versicherter Beruf das der Ausbildung entsprechende Berufsbild zu Grunde gelegt. Dies gilt für die gesamte Dauer der Ausbildung;
 - d) bei Studenten an einer staatlich anerkannten Universität oder Fachhochschule gilt bis zur Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit als versicherter Beruf der mit dem erfolgreichen Abschluss des Studiums angestrebte Beruf.
7. Vor Eintritt einer Berufsunfähigkeit brauchen Sie uns einen Wechsel oder das Ende der beruflichen Tätigkeit der versicherten Person nicht anzuzeigen.
8. Wird während der Laufzeit des Vertrages eine Meisterprüfung erfolgreich bestanden, kann eine Überprüfung der dem Vertrag zugrundeliegenden Berufsgruppe beantragt werden.
9. Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise weiterhin als Selbstständiger nach einer Umorganisation innerhalb ihres Betriebes tätig sein könnte. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn der versicherten Person die Stellung als Betriebsinhaber erhalten bleibt, mindestens 80 % des Einkommens wie in gesunden Tagen erzielt werden kann und die Kosten der Umorganisation von uns getragen werden.
10. Bei weisungsgebundenen Arbeitnehmern erfolgt keine Prüfung der Umorganisation des Arbeitsplatzes.

11. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % ist gegeben, wenn die in Nr.1 genannten Voraussetzungen mindestens sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 % erfüllt waren oder voraussichtlich erfüllt sein werden.
12. Berufsunfähigkeit von mindestens 50 % wird auch bei Pflegebedürftigkeit angenommen. Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich sein wird, dass sie für eine oder mehrere der in Nr.13 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Im Falle von Pflegebedürftigkeit erbringen wir unsere Leistungen ebenfalls bereits ab Beginn des sechsmonatigen Zeitraumes. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.
13. Pflegebedürftigkeit ist gegeben, wenn wenigstens eine der folgenden Voraussetzungen zutrifft:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

- Fortbewegen im Zimmer: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt;
 - 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;
 - An- und Auskleiden: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann;
 - Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann;
 - Waschen, Kämmen oder Rasieren: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen;
 - Verrichten der Notdurft: Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettchüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.
 Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, und kann die versicherte Person diese Hilfsmittel selbstständig verwenden, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor.
14. Unabhängig von diesen Voraussetzungen liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf. Das Gleiche gilt für eine versicherte Person, die dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann, oder die der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

15. Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen sowie Unterbrechungen der Pflegebedürftigkeit werden bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit besteht oder fortbesteht, nicht berücksichtigt. Eine Erkrankung, Besserung oder Unterbrechung der Pflegebedürftigkeit gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß §153 des deutschen Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des deutschen Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

1. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

- a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Berufsunfähigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 u. 5, § 5 der deutschen Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung)).

Weitere Überschüsse können aus den Erträgen der Kapitalanlagen entstehen. Von den anzurechnenden Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Aus den verbleibenden Mitteln wird die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer dotiert.

- b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Kriterium für die Bildung einer solchen Gruppe ist vor allem das versicherte Risiko. Danach werden Berufsunfähigkeitsversicherungen, Risikoversicherungen, Kapitallebensversicherungen sowie die Rentenversicherungen eigenen Gruppen zugeordnet. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56b des deutschen Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen

der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder – sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen – zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

2. Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

- a) Ihre Versicherung gehört zum Gewinnverband B27 in der Bestandsgruppe 114. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.
- b) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile werden nach versicherungsmathematischen Regeln mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifikalkulation ermittelt. Die Tarifikalkulation ist von den DAV-Tafeln 1997IM/F, 1997TMM/F, 1997RIM/F sowie 2008TM/F abgeleitet. Hierbei werden aus den geschlechterspezifischen Tafeln unter Ansetzung von Mischungsverhältnissen für Männer bzw. Frauen geschlechtsunabhängige Unisex tafeln erzeugt. Als Rechnungszins wurde 1,25 % angesetzt.
- c) Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung besteht die Überschussbeteiligung aus einem Sofortrabatt, der in Prozent des Bruttobeitrags gemäß Zahlweise bemessen wird. Die Zuteilung erfolgt in anteiliger Höhe gleichbleibend für das ganze Versicherungsjahr zu Beginn eines jeden Monats. Die innerhalb eines Zahlungsabschnitts fällig werdenden monatlichen Überschussanteile werden zu Beginn dieses Zahlungsabschnitts mit den Bruttobeiträgen verrechnet. Ein Rechtsanspruch auf die Überschussanteile entsteht allerdings erst mit ihrer Zuteilung. Beitragsfreie Versicherungen sind nicht überschussberechtig.

3. Gewinngruppen

- a) Verträge in Anwartschaft mit Verrechnung
Wartezeit: ein Jahr ab Ende des Versicherungsjahres
Risikoüberschuss: in Prozent des Jahresbeitrags
Überschussystem: Verrechnung
- b) Verträge im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit
Wartezeit: keine
Zinsüberschuss: in Prozent der Deckungsrückstellung zu Beginn des Versicherungsjahres
Überschussystem: Rentenerhöhung

4. Überschussysteme

- a) Überschussystem Verrechnung
Die Überschüsse werden mit den Beiträgen verrechnet.
- b) Überschussystem Rentenerhöhung
Im Rentenbezug bei Berufsunfähigkeit werden die jährlich anfallenden Zinsüberschussanteile dazu verwendet, die jeweils fälligen Renten zu erhöhen.

5. Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung des Versicherungsscheins erklärt und Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) rechtzeitig (vgl. §9 Nr.3 und 4 und §10) bezahlt haben. Vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht jedoch kein Versicherungsschutz.
2. Ein bei Antragstellung ggf. vereinbarter vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt.

§ 6 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Verlängerung der Vertragslaufzeit und der Leistungsdauer ohne Gesundheitsprüfung möglich?

1. Sie können einmalig eine Verlängerung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung beantragen. Die Verlängerung erfolgt in dem bestehenden Versicherungsvertrag. Mit der Verlängerung der Vertragslaufzeit erlischt das Recht auf weitere Verlängerungen dieses Vertrages.

Die Berufsunfähigkeitsversicherung darf um bis zu zwölf Jahre, längstens aber bis zum Endalter 67 und unter Berücksichtigung des Höchstalters bei dem aktuell ausgeübten Beruf, verlängert werden. Die Option der Verlängerung muss bis spätestens zum 40. Lebensjahr der versicherten Person schriftlich beantragt werden.

2. Ihr Recht auf Verlängerung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, sobald erstmals Leistungen aus dieser Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt wurden.
3. Mit der Verlängerung ändert sich der Beitrag nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. In der Regel führt dies zu einer Erhöhung des Beitrages. Die Verlängerung wird zur nächsten Beitragsfälligkeit wirksam, nachdem uns Ihre Erklärung zur Verlängerung zugegangen ist.

§ 7 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist. Soweit nichts anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch kriegerische Ereignisse, außer wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts der versicherten Person außerhalb der Republik Österreich verursacht wurde und sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt war. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person als Mitglied des Bundesheeres, der Bundespolizei, der Bundesgendarmerie oder einer staatlich anerkannten Hilfsorganisation im Auftrag der Republik Österreich mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen teilnimmt;
- b) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde. Wenn die versicherte Person diesen Strahlen berufsmäßig ausgesetzt ist, werden wir jedoch leisten;

- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
 - d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden sind, werden wir leisten;
 - e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und dies mit einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistung nicht mehr gewährleistet ist.
- 4. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmementscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (vgl. Nr. 2), so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten.
 - 5. Nr. 1 bis Nr. 4 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die jeweilige Frist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
 - 6. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 9 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

- 1. Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, bei unterjähriger Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- 2. Wenn Sie Ihre Beiträge vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen erhalten Sie hierfür einen entsprechenden Vorauszahlungsrabatt: 2 % bei vierteljährlicher, 3 % bei halbjährlicher und 5 % bei jährlicher Beitragszahlung.
- 3. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird frühestens mit Zustellung des Versicherungsscheins, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu zahlen. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.
- 4. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Nr. 3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
- 5. Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
- 6. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Zahlungen der Beiträge an uns können nur wirksam auf ein von uns benanntes Konto entrichtet werden. Ein Versicherungsvermittler ist nicht zur Entgegennahme von Zahlungen bevollmächtigt.

§ 8 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

- 1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle personenbezogenen Daten (z.B. Alter und Geschlecht der versicherten Person) richtig angeben und alle in Verbindung mit dem Versicherungsschutz gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie sonstigen risikoerhöhenden Umständen.
- 2. Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.
- 3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Nr. 2) schuldhaft nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Wegen unterbliebener Anzeige eines Umstandes, nach welchem nicht ausdrücklich gefragt wurde, können wir, wenn die Umstände anhand von uns in mündlicher Form gestellter Fragen anzuzeigen waren, nur im Falle vorsätzlich oder grob fahrlässig unterbliebener Anzeige bzw., wenn die Umstände anhand von uns in geschriebener Form gestellter Fragen anzuzeigen waren, nur im Falle arglistiger Verschweigung zurücktreten.

Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass die nicht oder nicht richtig angegebenen Umstände keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles oder den Umfang unserer Leistungspflicht gehabt haben.

7. Sie können verlangen, dass die Beiträge bis zu 36 Monate gestundet werden, wenn seit Beginn der Versicherung zwölf Monate vergangen sind, die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden und ein Deckungskapital vorhanden ist, das der Höhe der gestundeten Beiträge zzgl. der Stundungszinsen entspricht. Für den Stundungszeitraum fallen Stundungszinsen an. Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Nach Vereinbarung können Sie die nicht gezahlten Beiträge und Stundungszinsen in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten nachzahlen.
8. Es gilt als vereinbart, dass wir bei einer nicht nur vorübergehenden, nicht vorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfs gegenüber den zugrunde gelegten technischen Berechnungsgrundlagen und dem daraus errechneten Beitrag, eine Beitragserhöhung vornehmen können (siehe § 172 VersVG).

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

1. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir unseren Anspruch auf den Einlösungsbeitrag nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.
2. Wenn ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Wird der Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist beglichen und haben Sie dies zu vertreten, können wir den Vertrag kündigen. Im Falle der Kündigung stellen wir Ihre Versicherung beitragsfrei oder Ihr Versicherungsschutz entfällt vollständig, falls die beitragsfreie Fortführung der Versicherung nicht möglich ist. Auf diese und alle weiteren Rechtsfolgen werden sie in der Mahnung ausdrücklich hingewiesen.

§ 11 Wann können Sie die Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode ganz oder teilweise in geschriebener Form kündigen.
2. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist die Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente unter einen Mindestbetrag von 25 € oder der Beitrag unter einen Mindestbetrag von 10 € sinkt. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie diese also ganz kündigen.
3. Mit der Kündigung erlischt die Versicherung. Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufwert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung berufsunfähig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung auf Grund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

4. Anstelle einer Kündigung nach Nr.1 können Sie zum dort genannten Termin auch verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall setzen wir die Berufsunfähigkeitsrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird.

Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen Abzug gemäß § 173 Abs. 2 VersVG in Verbindung mit § 176 Abs. 5 VersVG sowie um rückständige Beiträge. Der Abzug beträgt 70 % des Deckungskapitals. Mit diesem Abzug wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestandes ausgeglichen; zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung berufsunfähig, bleiben Ansprüche auf Grund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Berufsunfähigkeit unberührt.

5. Erreicht die nach Nr.4 gebildete beitragsfreie Berufsunfähigkeitsrente nicht eine monatliche Mindestrente von 25 €, erlischt die Versicherung.
6. Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung stehende Betrag erreicht während der Versicherungsdauer nicht die Summe der eingezahlten Beiträge, da Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 12) sowie Verwaltungskosten und eine Risikodeckung finanziert werden müssen.

Wiederinkraftsetzung

7. Wurde der Vertrag beitragsfrei gestellt, können Sie innerhalb von sechs Monaten ab der Zahlung des letzten Beitrages eine Wiederinkraftsetzung verlangen, sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist. Nach dieser Frist ist eine Wiederinkraftsetzung nur mit einer erneuten Gesundheitsprüfung der versicherten Person möglich. Dies kann zur Folge haben, dass der Vertrag nur zu geänderten Vertragsbedingungen weitergeführt werden kann. Ebenso ist eine Ablehnung der Wiederinkraftsetzung möglich.

§ 12 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

1. Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

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

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

2. Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der deutschen Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.
 3. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten über die gesamte Vertragslaufzeit.
 4. Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages keine Beiträge zur Bildung der beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 11). Nähere Informationen zur beitragsfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie der Ihrem Versicherungsschein bzw. Angebot beigefügten Tabelle entnehmen.
- b) Maßnahmen, die nicht mit besonderen Schmerzen oder Gefahren verbunden sind sowie sichere Aussicht auf Heilung oder wesentliche Besserung bieten. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.
 4. Zum Nachweis des Eintritts einer schweren Krankheit eines Kindes der versicherten Person, sind uns ausführliche ärztliche Berichte mit Diagnosen über Beginn, Art und Verlauf der schweren Erkrankung des Kindes durch die versicherte Person bzw. den Versicherungsnehmer zu übersenden. Wir behalten uns vor, weitere Unterlagen anzufordern.

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

1. Nach Prüfung der bei uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wir verpflichten uns, Ihnen innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen unsere Entscheidung über die Leistungspflicht mitzuteilen oder weitere Unterlagen für die Prüfung anzufordern oder Ihnen mitzuteilen, dass wir weitere Schritte (z.B. ein neutrales Gutachten) einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen zeitnah anfordern.
2. Wir können in sachlich begründeten Ausnahmefällen einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob der Versicherte berufsunfähig im Sinne von § 3 ist. Die Dauer des mit zeitlicher Begrenzung ausgesprochenen Anerkenntnisses darf insgesamt zwölf Monate nicht überschreiten. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Die in diesem Zusammenhang erbrachten Leistungen werden nicht zurückgefordert, auch wenn später kein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit entsteht.

§ 15 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1. Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3, ihren Grad, die Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen. Dies gilt jedoch nicht für die Dauer des zeitlich begrenzten Anerkenntnisses nach § 14 Nr. 2.
2. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 13 Nr. 2 und 3 gelten entsprechend.
3. Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50 % vermindert, bzw. sind bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit die Voraussetzungen des § 3 Nr. 12 bis 15 entfallen, werden wir von der Leistung frei. In diesem Fall legen wir Ihnen die Veränderung dar und teilen die Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 13 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit verlangt werden?

1. Zum Nachweis des Versicherungsfalls sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchshebenden folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) ein amtliches Zeugnis über den Tag der Geburt der versicherten Person;
 - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
 - c) ausführliche Berichte der Ärzte, welche die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegestufe;
 - d) Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
 - e) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
2. Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Alten- und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
3. Zumutbare Anordnungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt trifft, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, sind zu befolgen. Zumutbar sind:
 - a) die Verwendung verordneter Heil- oder Hilfsmittel, z.B. der Gebrauch einer Seh- oder Hörhilfe und von Prothesen;

§ 16 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 13 oder § 15 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1. Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.
2. In den Fällen des § 18 Nr. 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 18 Wer erhält die Versicherungsleistung?

1. Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die bei Fälligkeit die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.
2. Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.
3. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (vgl. Nr. 1 und 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie schriftlich angezeigt worden sind. Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.
4. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 19 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

1. Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen – soweit in diesen Bedingungen oder den für den Vertrag geltenden gesetzlichen Bestimmungen nicht anders geregelt – mindestens in geschriebener Form erfolgen. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail) entsprochen. Mitteilungen, für die diese Bedingungen oder die für den Vertrag geltenden gesetzlichen Bestimmungen Schriftform (Schriftlichkeit) verlangen, müssen dem Empfänger im Original mit eigenhändiger Unterschrift des Erklärenden zugehen. Für uns bestimmte Mitteilungen sind direkt an unsere Hauptverwaltung in Deutschland zu richten und werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zur Entgegennahme nicht bevollmächtigt.
2. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Republik Österreich aufhalten, sollten Sie uns auch in Ihrem Interesse eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

1. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall wird unsere Erklärung zu dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung der Anschrift bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wäre. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.
2. Bei Änderung Ihres Namens gilt Nr. 1 entsprechend.

§ 21 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

1. Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d. h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
2. Notwendige Informationen im Sinne von Nr. 1 sind derzeit alle Umstände, die für die Beurteilung
 - Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängersmaßgebend sein können.

Dazu zählen die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

§ 22 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

1. Falls aus besonderen von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag in Rechnung stellen.

Dies gilt beispielsweise bei:

- Ausfertigung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheines;
 - schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
 - Mahnverfahren wegen Beitragsrückständen (§§ 38, 39 VersVG);
 - Rückläufeln im Lastschriftverfahren;
 - Angebotserstellung von Vertragsänderungen und deren Durchführung;
 - Bearbeitung von Abtretungen und Verpfändungen.
2. Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird – im letzteren Falle – entsprechend herabgesetzt.

§ 23 Was sind die Vertragsgrundlagen, welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung und wer ist die zuständige Aufsichtsbehörde?

1. Vertragsgrundlagen sind Ihr Antrag, der Versicherungsschein, die Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie die gegebenenfalls für Ihren Vertrag geltenden besonderen Versicherungsbedingungen. Für den Vertrag gelten die Rechnungsgrundlagen unseres Tarifwerkes bei Vertragsabschluss.
2. Auf Ihren Vertrag findet österreichisches Recht Anwendung.
3. Wir als Versicherer und der diesem Versicherungsvertrag zugrunde liegende Tarif unterliegen der Kontrolle und Aufsicht durch die deutsche Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), D-53117 Bonn, Graurheindorfer Str. 108.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Ist Ihre Versicherung durch die Vermittlung eines Versicherungsagenten zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Agent zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.

2. Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

II Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung

Die Kündigung oder Beitragsfreistellung Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung ist mit Nachteilen verbunden.

- Im Falle einer Kündigung haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert. Auch die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
- Im Falle einer Beitragsfreistellung stehen nicht unbedingt Mittel in der Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung, da aus diesen auch Abschluss- und Vertriebskosten sowie Kosten für die Verwaltung des gebildeten Kapitals finanziert werden und der in den Allgemeinen Bedingungen erwähnte Abzug erfolgt. Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderung der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

III Besondere Bedingungen für die Nachversicherungsgarantie zur Berufsunfähigkeitsversicherung

1. Tritt bei der versicherten Person eines der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse ein, so haben Sie das Recht, innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses die zuletzt vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Jede einzelne Nachversicherung gemäß Nr. 2 und Nr. 3 gilt für sich als Abschluss eines neuen Versicherungsvertrags mit den dann gültigen Versicherungsbedingungen, Tarifen und gesetzlichen Bestimmungen.
2. Ereignisse, die das Recht zur Inanspruchnahme einer Nachversicherung begründen, sind:
 - Erreichen der Volljährigkeit;
 - Heirat;
 - Ehescheidung, sofern deshalb die wöchentliche Arbeitszeit um mindestens zehn Stunden erhöht oder eine Erwerbstätigkeit wieder aufgenommen wird;
 - Geburt oder Adoption eines Kindes;
 - erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung, einer Höherqualifikation oder einer akademischen Ausbildung;
 - erstmaliges Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten durch das Jahreseinkommen aus nichtselbstständiger Tätigkeit;
 - Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus der gesetzlichen Rentenversicherung bei Freiberuflern und Selbstständigen;
 - Einkommenserhöhung um mindestens 250 € brutto monatlich aus nichtselbstständiger Tätigkeit der versicherten Person, die mit einem Karrieresprung (z.B. höhere Position in der Hierarchie eines Unternehmens) verbunden ist;
 - Wegfall oder Reduzierung der betrieblichen Altersversorgung, z.B. bei Arbeitgeberwechsel in eine vergleichbare oder bessere Position;
 - erstmaliger Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit, falls die versicherte Person aus dieser Berufstätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;
 - Aufnahme eines Darlehens in Höhe von mindestens 50.000 € zur Finanzierung einer selbstgenutzten Immobilie durch die versicherte Person oder ihren Ehepartner.

Das Vorliegen dieser Ereignisse ist uns durch entsprechende Unterlagen (z.B. Urkunden) nachzuweisen.

3. Bis fünf Jahre nach dem Versicherungsbeginn kann die Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung auch unabhängig von einem bestimmten Ereignis ausgeübt werden. Diese Option endet, wenn die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat.
4. Eine Nachversicherung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente hierdurch um mindestens 600 € erhöht wird. Bei Eintritt eines jeden der in Nr. 2 aufgeführten Ereignisse darf die Jahresrente um bis zu 25 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente erhöht werden. Die Erhöhungen der jährlichen Renten im Rahmen der Nachversicherungsgarantie dürfen während der Versicherungsdauer insgesamt höchstens 100 % der bei Vertragsbeginn vereinbarten jährlichen Rente betragen; die versicherte Jahresrente einschließlich aller Erhöhungen darf hierbei 30.000 € nicht überschreiten.

Voraussetzung für die Zulässigkeit jeder einzelnen Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie ist, dass nach erfolgter Leistungserhöhung die gesamte Jahresrente aller auf den Versicherten bei privaten Versicherern abgeschlossenen Berufs- und Erwerbsunfähigkeitsversicherungen in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen steht, d.h. das letzte jährliche Nettoeinkommen der versicherten Person nicht übersteigt. Wir haben das Recht, diese Voraussetzung zu überprüfen.

5. Die Nachversicherung bewirkt eine Beitragserhöhung, deren Höhe sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person), der Laufzeit der Nachversicherung und nach der Risikoeinstufung des abgeschlossenen Vertrages errechnet.
6. Sofern die Voraussetzungen für die Nachversicherung vorliegen, tritt der erhöhte Versicherungsschutz zu Beginn der nächsten Versicherungsperiode nach Beantragung der Nachversicherung in Kraft. Der erhöhte Versicherungsschutz erstreckt sich längstens bis zum Ende des Kalenderjahres, in dem die Versicherungsdauer der ursprünglichen Berufsunfähigkeitsversicherung endet.
7. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erlischt, wenn
 - bei einem unter Nr. 2 beschriebenen Ereignis die versicherte Person das 50. Lebensjahr bzw. gemäß Nr. 3 das 40. Lebensjahr vollendet hat oder
 - eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung „XXL“ vorliegt.

Nach Meldung eines Leistungsfalles werden bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht keine Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung durchgeführt. Sofern eine Berufsunfähigkeit anerkannt wird, entfällt eine nach Eintritt der Berufsunfähigkeit durchgeführte Erhöhung im Rahmen der Nachversicherung rückwirkend.

8. Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung besteht nicht, wenn aufgrund der Antragsprüfung ein Beitragszuschlag oder eine Leistungseinschränkung bzw. der Ausschluss der Nachversicherungsgarantie vereinbart ist.

IV Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung

Sofern für Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung eine planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vereinbart wurde (Dynamikplan), gelten für unser Vertragsverhältnis zusätzlich die nachfolgenden Besonderen Bedingungen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen sinngemäß Anwendung.

§ 1 Nach welchem Maßstab erfolgt die planmäßige Erhöhung der Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. In Ihrem Versicherungsschein ist im Einzelnen vereinbart, nach welchem der folgenden Maßstäbe sich die Beiträge bzw. die Versicherungsleistungen Ihrer Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Es bestehen folgende Möglichkeiten:
 - a) der Beitrag für diese Versicherung erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags;
 - b) die Versicherungsleistungen werden jährlich um den vereinbarten Prozentsatz der zuletzt gültigen Rente angehoben.
2. Die Beitragserhöhung (Nr. 1 a)) bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine nach Nr. 1 b) vorgenommene Erhöhung der Versicherungsleistungen ist mit einer entsprechenden Beitragserhöhung verbunden.
3. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht mehr, wenn die versicherte Person das rechnungsmäßige Alter (Differenz zwischen dem Beginnjahr der Versicherung und dem Geburtsjahr der versicherten Person) von 65 Jahren erreicht hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

1. Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres.
2. Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnungsmäßigen Alter der versicherten Person, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, dem bei Abschluss des Vertrages gültigen Tarif und den ursprünglichen Annahmebedingungen. Entsprechendes gilt für die Berechnung der Beitragserhöhungen, wenn die Versicherungsleistungen jährlich um einen vereinbarten Prozentsatz angehoben werden. Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

§ 4 Welche sonstigen Bestimmungen gelten für die Erhöhung der Versicherungsleistungen?

1. Alle im Rahmen des Versicherungsvertrages getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Paragraph „Welche Kosten sind bei der Kalkulation Ihrer Versicherung berücksichtigt?“ der Allgemeinen Bedingungen.
2. Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen der Allgemeinen Bedingungen bezüglich der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut in Lauf.
3. Im Hinblick auf die Überschussbeteiligung gelten die getroffenen Vereinbarungen der zugrunde liegenden Hauptversicherung. Die Erhöhungen werden hierbei wie neu abgeschlossene Verträge behandelt, deren Versicherungs- bzw. Leistungsdauer jeweils gleich der restlichen Versicherungs- bzw. Leistungsdauer der Grundversicherung ist.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

1. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin schriftlich widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen.
2. Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.
3. Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.
4. Solange wegen Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit Ihre Beitragszahlungspflicht ganz oder teilweise entfällt, erfolgen keine Erhöhungen.

V Anhang der Allgemeinen Bedingungen zur Definition der versicherten schweren Erkrankungen eines minderjährigen Kindes

Nachfolgend beschreiben wir die Definition der versicherten schweren Krankheiten von Kindern der versicherten Person.

Wir erbringen eine Leistung gemäß § 1 Abs. 7, falls bei einem Kind der versicherten Person eine der folgenden schweren Krankheiten eintritt:

1. Krebs

Krebs im Sinne der Bedingungen ist ein feingeweblich (histologisch) nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes, infiltrierendes und invasives Wachstum gekennzeichnet ist, also die Tendenz, in anderes Gewebe einzudringen und Tochtergeschwülste (Metastasen) zu bilden. Dazu zählen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die ärztliche Diagnose muss durch Vorlage eines histologischen oder zytologischen Befundes mit genauer Nennung des Tumorstadiums nachgewiesen sein.

Nicht unter den Versicherungsschutz fallen die nachfolgenden Frühformen und Vorstadien von Krebserkrankungen:

- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation).
- Frühformen der Leukämie (außer der Krankheitsform der so genannten chronisch lymphatischen Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen, beispielsweise aus dem Knochenmark, im Blut vorliegt.
- Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
- Carcinoma-in-situ oder prae-maligne Formen.
- Frühformen des Muttermundkrebses wie Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4.
- Frühformen des Hautkrebses und maligner Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow-Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Frühformen des Prostatakrebses der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
- Frühformen des Schilddrüsenkrebs oder Blasenkrebs als papilläre Mikrokarzinome.

2. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit im Sinne der Bedingungen ist der dauerhafte, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernde und nicht mehr behebbare Nachlassen der Hörfähigkeit für alle Schallreize im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes, also zwischen 1 und 3 kHz, unterhalb von 60 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 60 Dezibel gehört werden könnten. Der Nachweis ist mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) zu führen.

3. Bakterielle Hirnhautentzündung (Bakterielle Meningitis)

Leistungspflicht besteht nur, wenn die folgenden Bedingungen erfüllt sind:

Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (z.B. Hör- Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, oder aber Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) zur Folge haben. Art, Ausmaß und Umfang der Beeinträchtigung sind durch einen Arzt für Neurologie oder Psychiatrie nachzuweisen.

4. Hirngewebeentzündung (Enzephalitis)

Hirngewebeentzündung im Sinne der Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, evtl. mit Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis) die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn das Kind der versicherten Person nicht HIV-infiziert ist und alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind und uns nachgewiesen werden:

Die Erkrankung muss zu neurologisch nachweisbaren dauerhaften, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren andauernden oder über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten unveränderten Verlusten neurologischer Funktionen geführt haben, die erhebliche Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer oder kognitiver Fähigkeiten (z.B. Hör- Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, oder aber Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) zur Folge haben. Art, Ausmaß und Umfang der Beeinträchtigung sind durch einen Arzt für Neurologie oder Psychiatrie nachzuweisen.

5. Lähmung

Lähmung im Sinne der Bedingungen ist die vollständige und der dauerhafte Funktionsverlust von Gliedmaßen als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn der Funktionsverlust mindestens zwei Arme oder zwei Beine oberhalb des Hand- oder Sprunggelenks betrifft oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, gelähmt ist und keine Aussicht auf Wiederherstellung der Funktionsfähigkeit besteht.

6. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Kinderlähmung im Sinne der Bedingungen ist eine schwere Infektion durch das Poliovirus, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung entweder der Atemmuskulatur oder der Muskulatur des Bewegungsapparates geführt hat. Die Diagnose und der Umfang der neurologischen Einschränkungen müssen durch einen Facharztbericht nachgewiesen werden.

7. Hirntumor (Gutartiger Hirntumor bzw. benigner Hirntumor)

Ein gutartiger bzw. benigner Gehirntumor im Sinne der Bedingungen ist ein nicht bösartiger, also nicht durch invasive und infiltrative Wachstumstendenz gekennzeichneteter, Tumor des Gehirns. Das versicherte Ereignis tritt ein, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z.B. am Sehnerven das Papilloedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder Beeinträchtigungen der Bewegung (motorische) oder der Empfindung (sensorische) nachweisbar sind und eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist und uns nachgewiesen wird:

- Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.

Zysten, Verkalkungen, Granulome, Abszesse, Gefäßfehlbildungen der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

8. Blindheit

Blindheit im Sinne der Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible, nicht therapierbare Verlust der Sehschärfe (Visus) beider Augen als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls, der auch durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht ausgeglichen werden kann. Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn die Sehschärfe auf dem besseren Auge (unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln) nicht mehr als 6/60 oder 20/200 beträgt oder das Gesichtsfeld auf beiden Augen auf maximal 20° beschränkt ist.

9. 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.

10. 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, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die Neuner-Regel, bzw. je nach Alter, die modifizierte Neuner-Regel für Kinder.

11. Schwere Kopfverletzung

Eine Schwere Kopfverletzung im Sinne der Bedingungen ist eine durch einen 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 muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Das Kind der versicherten Person ist dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

12. Koma

Es liegt eine schwere Funktionseinschränkung des Gehirns mit einem Punktwert von höchstens acht Punkten nach dem Glasgow-Coma-Scale zur Anwendung bei Kindern für die Dauer von mindestens einer Woche vor.

Ein „Künstliches Koma“ (Langzeitnarkose aus therapeutischen Gründen oder zur Verlängerung des ursprünglichen Zustands), gilt nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen.

13. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne der Bedingungen bedeutet, dass das Kind der versicherten Person dauerhaft, d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren, nicht in der Lage ist, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren. 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.