

# Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung

## Teil A: Comfort-Schutz

### Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

- § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit? Seite 1  
 § 2 Welche Zusatzleistung erbringen wir bei einem Tod im Ausland? Seite 2

### Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Beitragszahlung?

- § 3 Wann stunden wir Ihnen die Beiträge? Seite 2

### Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

- § 4 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Seite 2

### Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Vertragsgestaltung?

- § 5 Was ermöglicht Ihnen die Nachversicherungsgarantie bei Versicherungen mit konstanter Versicherungssumme? Seite 2  
 § 6 Wann erhalten Sie einen Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus? Seite 3  
 § 7 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern? Seite 3

## Teil B: Premium-Schutz

### Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

- § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes? Seite 3  
 § 2 Wie erhöht sich die vorgezogene Todesfall-Leistung? Seite 4

### Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

- § 3 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Seite 4

## Teil C: Zusatzleistung bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall

### Welche zusätzliche Leistung beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

- § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir, wenn Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden? Seite 4

### Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

- § 2 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Seite 5

## Teil D: Zusatzleistung bei Krebs

### Welche zusätzliche Leistung beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

- § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir, wenn Sie an Krebs erkranken? Seite 5

### Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

- § 2 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Seite 6

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gelten

- für den Comfort-Schutz die Regelungen aus Teil A dieser Bedingungen.
- für den Premium-Schutz die Regelungen aus Teil A, B, C und D dieser Bedingungen.

Die in Ihrem Vertrag vereinbarte Produktvariante können Sie Ihrem Versicherungsschein<sup>+</sup> bzw. den entsprechenden Nachträgen zu diesem entnehmen.

## Teil A: Comfort-Schutz

### Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

#### § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit?

(1) Wird die versicherte Person<sup>+</sup> nach Abschluss des Vertrags während der Versicherungsdauer<sup>+</sup> pflegebedürftig im Sinne der Absätze 3 und 4, erbringen wir auf Ihren Antrag hin (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 4) eine einmalige Kapitalleistung (Zusatzleistung) in Höhe von zehn Prozent der zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch 10.000,- EUR.

Die Zusatzleistung kann während der Versicherungsdauer einmal in Anspruch genommen werden.

Die Beantragung einer Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit ist nur möglich, solange die versicherte Person lebt.

(2) Die Versicherungssumme bei Tod der versicherten Person während

der Versicherungsdauer bleibt hiervon unberührt. Verstirbt die versicherte Person jedoch innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, wird keine Zusatzleistung erbracht. Eine bereits gewährte Zusatzleistung wird in diesem Fall von der Versicherungssumme in Abzug gebracht.

Eine Zusatzleistung wird nicht gewährt, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person in unmittelbarem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne des § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung steht.

(3) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate so hilflos sein wird, dass sie für mindestens drei der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

#### a) Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

#### b) 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.

#### c) 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.

#### d) **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 bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

#### e) **Waschen, Kämmen oder Rasieren**

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannelift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt oder wenn die versicherte Person von einer anderen Person gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

#### f) **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,
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- 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 Hilfsmitteln wie Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(4) Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen ist nicht mit der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches identisch.

## § 2 Welche Zusatzleistung erbringen wir bei einem Tod im Ausland?

Bei Tod der versicherten Person\* während eines beruflich oder privat bedingten Aufenthalts von höchstens 45 Tagen im Ausland zahlen wir bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung zusätzlich 5 Prozent der vereinbarten Versicherungssumme – höchstens jedoch 10.000 EUR – aus. Sind mehrere Risiko-Lebensversicherungen auf das Leben der versicherten Person bei uns abgeschlossen, gilt die Höchstgrenze von 10.000 EUR für alle Verträge zusammen.

Ausland ist jedes Land außerhalb des Landes, in dem die versicherte Person ihren festen Wohnsitz hat.

## Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Beitragszahlung?

### § 3 Wann stunden wir Ihnen die Beiträge?

Ergänzend zu § 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

#### **Anlassunabhängige Beitragsstundung**

(1) Sie können mehrmals zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne Angabe von Gründen für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge für Ihre Versicherung in Textform\* beantragen. Der vereinbarte Versicherungsschutz ändert sich hierdurch nicht.

Voraussetzung dafür ist, dass

- die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden,
- der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
- die zu stundenden Beiträge höchstens so hoch sind wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums,
- der Vertrag nicht gekündigt wurde und
- die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.

(2) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen.

Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag unter Berücksichtigung der bis zum

Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. § 15 Abs. 1 bis 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung) gestellt.

## Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

### § 4 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Ergänzend zu § 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

#### **Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit**

Mit dem Antrag auf Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1) sind uns unverzüglich\* folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person\* gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit,
- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder – sofern bekannt – sein wird,
- eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

## Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Vertragsgestaltung?

### § 5 Was ermöglicht Ihnen die Nachversicherungsgarantie bei Versicherungen mit konstanter Versicherungssumme?

Ergänzend zu § 13 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

#### **Anlassunabhängige Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung**

(1) Unabhängig vom Eintritt eines Ereignisses können Sie einmalig zum nächsten Monatsersten eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes in Textform\* verlangen. Voraussetzung dafür ist, dass

- Sie die Erhöhung innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre beantragen,
- die versicherte Person\* nicht älter als 50 Jahre ist,
- die Erhöhung mindestens 5.000,- EUR und
- maximal 100 Prozent der ursprünglich vereinbarten, in Ihrem Versicherungsschein\* dokumentierten, Versicherungssumme, maximal jedoch 50.000,- EUR beträgt.

(2) Hierbei darf die insgesamt vereinbarte Versicherungssumme 500.000,- EUR nicht überschreiten.

(3) Eine Erhöhung ist nicht mehr möglich, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung bereits Leistungen wegen einer schweren Krankheit der versicherten Person im Sinne des § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung beantragt wurden. Ihr Recht auf Nachversicherung ruht, solange die Versicherung nicht beitragspflichtig ist.

(4) Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter\* der versicherten Person, ihrem bei uns für die Beitragskalkulation hinterlegtem Beruf, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung.

(5) Die Erhöhung wird unter Beachtung der Absätze 1 bis 3 zum nächsten Monatsersten wirksam, nachdem uns Ihr Erhöhungswunsch vorliegt.

Für die Zahlung des erhöhten Beitrags gelten die Regelungen der §§ 5 und 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung entsprechend.

#### **§ 6 Wann erhalten Sie einen Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus?**

(1) Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung – ohne Erhöhung Ihres Beitrags – einen zusätzlichen Versicherungsschutz in Höhe von 20 Prozent der ursprünglichen – in Ihrem Versicherungsschein<sup>+</sup> dokumentierten – Versicherungssumme, wenn Sie uns den Eintritt eines der nachfolgenden, die versicherte Person<sup>+</sup> betreffenden Ereignisse anzeigen:

- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohnimmobilie (Bau-Bonus),
- Geburt oder Adoption eines Kindes (Kinder-Bonus),
- Heirat (Hochzeits-Bonus).

Der zusätzliche Versicherungsschutz beträgt maximal jedoch 50.000,- EUR.

Ist die Versicherungssumme bereits aufgrund eines der genannten Ereignisse erhöht, erfolgt keine gleichzeitige Erhöhung bei Eintritt eines anderen Ereignisses.

(2) Der Bau- bzw. der Hochzeits-Bonus kann jeweils nur einmal in Anspruch genommen werden.

(3) Beim Kinder-Bonus wird bei Geburt oder Adoption die Versicherungssumme nur einmal erhöht, wenn zwischen den einzelnen Ereignissen nicht mehr als sechs Monate vergangen sind. Bei Mehrlingsgeburten gilt Satz 1 sinngemäß.

(4) Eine Inanspruchnahme des Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus ist zudem nicht mehr möglich, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung bereits Leistungen wegen einer schweren Krankheit der versicherten Person im Sinne des § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung beantragt wurden.

(5) Der jeweilige Bonus wird ab dem Tag

- des Abschlusses des notariellen Kaufvertrags oder des genehmigten Bauantrags,
- der Geburt oder Adoption eines Kindes bzw.
- der standesamtlichen Trauung

für die Dauer von sechs Monaten eingeräumt. Tritt innerhalb dieses Sechs-Monats-Zeitraums ein anderes Ereignis zusätzlich ein, beginnt der Sechs-Monats-Zeitraum ab diesem Zeitpunkt von Neuem. Endet die Sechs-Monatsfrist vor Ablauf des vollen Kalendermonats, verlängert sich der zusätzliche Versicherungsschutz bis zum Ende des entsprechenden Monats.

(6) Der Anspruch auf einen Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus endet, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ereignisses älter als 50 Jahre ist.

#### **§ 7 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?**

(1) Sie haben bis drei Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung das Recht, sich für eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung (Verlängerungs-Option) zu entscheiden. Dafür können Sie sich bei uns bis drei Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung ein Änderungsangebot anfordern. Sie müssen dann innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt des Änderungsangebots die gewünschte Verlängerung beantragen, indem Sie uns das Änderungsangebot unterschrieben zurücksenden. Sobald dieses bei uns eingegangen ist, führen wir Ihre gewünschte Vertragsänderung durch und Sie erhalten einen Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein<sup>+</sup>.

(2) Die maximale Verlängerung der Versicherungsdauer<sup>+</sup> beträgt 15 Jahre, wobei jedoch höchstens eine Verdoppelung der ursprünglichen Versicherungsdauer erfolgen kann, die maximale Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungslaufzeit) von 45 Jahren nicht überschritten werden darf und der Vertragsabschluss spätestens innerhalb des Kalenderjahres liegen muss, in dem die versicherte Person<sup>+</sup> das 75. Lebensjahr vollendet.

Die Verlängerungs-Option kann nur einmal in Anspruch genommen werden. Ist Ihre Versicherung Beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der

Verlängerungs-Option mehr möglich.

(3) Der Beitrag ab Optionsausübung berechnet sich zur darauffolgenden Fälligkeit nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnungsmäßigen Alter<sup>+</sup> der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungslaufzeit) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die neu hinzukommende Versicherungsdauer. Bereits in Anspruch genommene Leistungen werden beim Ausüben der Verlängerungs-Option entsprechend berücksichtigt und können in der neu hinzukommenden Versicherungsdauer nicht nochmals beansprucht werden.

## **Teil B: Premium-Schutz**

### **Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?**

#### **§ 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes?**

(1) Tritt bei einem Kind der versicherten Person<sup>+</sup> unter Beachtung von Absatz 2 bis 4 während der Versicherungsdauer<sup>+</sup> eine der in Absatz 5 aufgeführten Erkrankungen ein, erbringen wir auf Ihren Antrag hin eine einmalige Kapitaleistung (Zusatzleistung) in Höhe von zehn Prozent der zum Zeitpunkt der Erkrankung vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch pro Kind 25.000,- EUR.

Die Zusatzleistung kann während der Versicherungsdauer pro Kind einmal in Anspruch genommen werden.

Die Versicherungssumme bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer bleibt hiervon unberührt.

Als Kinder im Sinne dieser Bedingungen gelten leibliche oder adoptierte Kinder der versicherten Person, die zum Zeitpunkt der Erkrankung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Die Zusatzleistung kann nur in Anspruch genommen werden, wenn

- bei bereits zu Vertragsbeginn geborenen oder adoptierten Kindern die Erkrankung frühestens nach Ablauf des ersten Versicherungsjahres bzw.
- bei während der Vertragslaufzeit durch Geburt oder Adoption neu hinzukommenden Kindern die Erkrankung nach einer Wartezeit von einem Jahr ab Geburt bzw. Adoption eintritt.

Wir leisten jedoch im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes, wenn eine der in Absatz 5 aufgeführten Erkrankungen in Folge eines Unfalls vor Ablauf der in Satz 1 genannten Fristen eintritt. Ein Unfall liegt vor, wenn ein Kind der versicherten Person nach Vertragsschluss durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(3) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Versicherungsfälle auf Grund

a) der vorsätzlichen Ausführung oder des Versuchs einer Straftat durch Sie als Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person.

b) der absichtlichen Herbeiführung der Krankheit durch das Kind der versicherten Person.

c) von Strahlen durch Kernenergie.

Wenn die Erkrankung des Kindes der versicherten Person in Folge einer Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht eintritt, werden wir leisten.

d) von Unfällen des Kindes der versicherten Person in Folge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen.

e) von Unfällen, die dem Kind der versicherten Person dadurch zustoßen, dass es sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

(4) Die Leistung aus dem Kinder-Zusatz-Schutz ist unverzüglich\*, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Erstdiagnose zu beantragen (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 3).

(5) Im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes gelten folgende Krankheiten als Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen und ein Kind der versicherten Person unter Beachtung von Absatz 1 bis 4 daran erkrankt:

#### a) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff Krebs fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen – Befundes bestätigt sein.

Das Kind der versicherten Person muss auf Grund der Krebserkrankung mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär im Krankenhaus behandelt worden sein. Reha-Kliniken gelten dabei nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.

#### b) Benigner Gehirntumor

Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

Das Kind der versicherten Person muss auf Grund der Tumorerkrankung mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär im Krankenhaus behandelt worden sein. Reha-Kliniken gelten dabei nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.

Cysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

#### c) Bakterielle Meningitis

Bakterielle Meningitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird.

Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben, die von mindestens sechswöchiger Dauer sind und mit einer dauerhaften neurologischen Beeinträchtigung einhergehen. Eine solche Komplikation ist wesentlich, wenn sie mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

Das Kind der versicherten Person

- ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen,
- ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden oder
- hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

#### d) Enzephalitis

Enzephalitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist.

Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben, die von mindestens sechswöchiger Dauer sind und mit einer dauerhaften neurologischen Beeinträchtigung einhergehen. Eine solche Komplikation ist wesentlich, wenn sie mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

Das Kind der versicherten Person

- ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen,
- ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße –, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden oder

- hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

#### e) Polio (Kinderlähmung)

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

Die Infektion muss zu Lähmungserscheinungen führen, die sich in Form von eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten motorischen Fähigkeiten äußern. Außerdem muss die Infektion ein neurologisches Defizit verursachen, das sich in Form von dauerhaften, irreversiblen Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

#### f) Lähmung

Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen und/ oder zwei Beinen und/ oder einer Körperhälfte als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

#### g) Taubheit

Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalls.

Es besteht kein Anspruch auf die Zusatzleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

## § 2 Wie erhöht sich die vorgezogene Todesfall-Leistung?

Erbringen wir eine vorgezogene Todesfall-Leistung bei einer schweren Krankheit mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal zwölf Monaten (vgl. § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung), zahlen wir zusätzlich zehn Prozent der vereinbarten Versicherungssumme.

## Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

### § 3 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Ergänzend zu § 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

#### Kinder-Zusatz-Schutz

Mit dem Antrag auf Zusatzleistung im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes (vgl. § 1) ist uns ein ausführlicher Bericht eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei dem Kind der versicherten Person\* erstmalig eine Erkrankung im Sinne des § 1 Abs. 5 eingetreten ist. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Nachweise bzgl. des Vorliegens bzw. des Eintritts der Erkrankung des Kindes oder ggf. zum Unfallhergang erforderlich sein, sind uns diese einzureichen.

Voraussetzung für die Erbringung der Zusatzleistung ist die Einreichung einer Einwilligung aller Sorgeberechtigter bzw. des betreffenden Kindes in die Übermittlung und Speicherung der Gesundheitsdaten des Kindes.

## Teil C: Zusatzleistung bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall

### Welche zusätzliche Leistung beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

#### § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir, wenn Sie einen Herzinfarkt oder Schlaganfall erleiden?

(1) Wir erbringen auf Ihren Antrag hin eine einmalige Kapitalleistung (Zusatzleistung) in Höhe von zehn Prozent der zum Zeitpunkt des Eintritts des Herzinfarkts oder des Schlaganfalls vereinbarten Versicherungssumme – maximal jedoch 100.000,- EUR –, wenn die versicherte Person\* während der Versicherungsdauer\* einen Herzinfarkt oder einen Schlaganfall (jeweils im Sinne des Absatzes 2) erleidet und alle Voraussetzungen für eine Leistung gemäß der nachfolgenden Bedingungen vorliegen.

Das bei Vertragsschluss geltende Verhältnis von der vereinbarten Zusatzleistung zu der vereinbarten Versicherungssumme bleibt während

der gesamten Vertragsdauer unverändert. Das heißt, dass z. B. Erhöhungen bzw. Reduzierungen der vereinbarten Versicherungssumme keine Änderung dieses Verhältnisses bewirken.

Die Zusatzleistung wird insgesamt nur einmal gewährt. In diesem Fall endet der in Satz 1 beschriebene Versicherungsschutz und Ihr Tarifbeitrag<sup>+</sup> reduziert sich – bei einer beitragspflichtigen Versicherung – entsprechend.

(2) Folgende im Einzelnen genannten Voraussetzungen müssen für das Vorliegen eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls erfüllt sein:

#### a) Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr geführt hat, wenn zusätzlich jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Die für einen Herzinfarkt typischen klinischen Symptome liegen vor.
- Neu aufgetretene EKG-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, werden nachgewiesen.
- Es liegt ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vor.
- Es ist ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55 Prozent oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens ein Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar.

Bestimmte Formen von Erkrankungen sind jedoch von unserer Leistungspflicht ausgeschlossen (vgl. Absatz 3 a) und c) bzgl. der Ausschlüsse).

#### b) Schlaganfall

Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer Blutung innerhalb des Hirnschädels.

Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn jede der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- Das Vorliegen eines Schlaganfalls muss durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- Der Schlaganfall muss zu einem dauerhaften und objektivierbaren motorischen Funktionsausfall führen. Der Funktionsausfall muss dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird.  
Die Beurteilung, ob die aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens drei Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

Bestimmte Formen von Erkrankungen sind jedoch von unserer Leistungspflicht ausgeschlossen (vgl. Absatz 3 b) und c) bzgl. der Ausschlüsse).

#### Ausschlüsse

(3) In folgenden Fällen besteht kein Versicherungsschutz und wir zahlen keine Zusatzleistung aus:

#### a) Herzinfarkt

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
- Herzinfarkte unbestimmten Alters und
- Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z. B. durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

Der Begriff „Herzinfarkt unbestimmten Alters“ bezieht sich auf einen zurückliegenden Herzinfarkt, bei dem nicht genau bekannt oder dokumentiert ist, wann er stattgefunden hat.

#### b) Schlaganfall

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- unfallbedingte Verletzungen von Hirngewebe oder Blutgefäßen und
- transitorische ischämische Attacken (TIA).

#### c) Sonstige Ausschlüsse

Zudem zahlen wir die Zusatzleistung nicht aus, wenn der Herzinfarkt

oder der Schlaganfall auf die in § 2 Abs. 5 bis 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung genannten Umstände oder auf den Versuch einer Selbsttötung zurückzuführen ist.

#### Sonstiges

(4) Verstirbt die versicherte Person innerhalb von 28 Tagen nach der Erstdiagnose an den Folgen eines in Absatz 1 Satz 1 beschriebenen Ereignisses, zahlen wir keine Zusatzleistung. Eine bereits gewährte Zusatzleistung wird von der Versicherungssumme in Abzug gebracht.

(5) Die Zusatzleistung ist unverzüglich<sup>+</sup>, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Erstdiagnose Herzinfarkt oder Schlaganfall zu beantragen (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 2).

(6) Wird vorsätzlich die Mitteilungs- und Aufklärungsobliegenheit (vgl. § 2) verletzt, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform<sup>+</sup> auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die Mitteilungs- oder Aufklärungsobliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Wir bleiben auch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Mitteilungs- bzw. Aufklärungsobliegenheit ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wird.

(7) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von vier Wochen in Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

## Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

### § 2 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Ergänzend zu § 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

#### Zusatzleistung bei einem Herzinfarkt oder Schlaganfall

Werden Leistungen wegen eines Herzinfarkts oder Schlaganfalls (vgl. § 1) beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise zur Verfügung gestellt werden:

- a) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person<sup>+</sup> gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
- b) eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.

Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise zur Feststellung unserer Leistungspflicht verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

## Teil D: Zusatzleistung bei Krebs

### Welche zusätzliche Leistung beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

#### § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir, wenn Sie an Krebs erkranken?

(1) Wir erbringen auf Ihren Antrag hin eine einmalige Kapitalleistung (Zusatzleistung) in Höhe von zehn Prozent der zum Zeitpunkt des Eintritts der Krebserkrankung vereinbarten Versicherungssumme – maximal jedoch 100.000,- EUR –, wenn die versicherte Person<sup>+</sup> während der Versicherungsdauer<sup>+</sup> an Krebs im Sinne des Absatzes 2 erkrankt und alle Voraussetzungen für eine Leistung gemäß der nachfolgenden Bedingungen vorliegen.

Das bei Vertragsschluss geltende Verhältnis von der vereinbarten Zusatzleistung zu der vereinbarten Versicherungssumme bleibt während der gesamten Vertragsdauer unverändert. Das heißt, dass z. B. Erhöhungen bzw. Reduzierungen der vereinbarten Versicherungssumme keine Änderung dieses Verhältnisses bewirken.

Die Zusatzleistung wird insgesamt nur einmal gewährt. In diesem Fall endet der in Satz 1 beschriebene Versicherungsschutz und Ihr Tarifbeitrag<sup>+</sup> reduziert sich – bei einer beitragspflichtigen Versicherung – entsprechend.

(2) Folgende im Einzelnen genannten Voraussetzungen müssen für das Vorliegen einer Krebserkrankung erfüllt sein:

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z. B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff Krebs fallen auch bösartige Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Krebs ist, dass

- die Diagnose durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien zytologischen – Befundes bestätigt ist und
- die Wartezeit nach Absatz 3 abgelaufen ist.

Bestimmte Formen von Erkrankungen sind jedoch von unserer Leistungspflicht ausgeschlossen (vgl. Absatz 4 bzgl. der Ausschlüsse).

#### **Wartezeit**

(3) Für den Versicherungsschutz bei Krebs besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf die Zusatzleistung, wenn

- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
- eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt erneut eine Wartezeit von drei Monaten für den zusätzlichen Versicherungsschutz. Eine Wartezeit von drei Monaten gilt ebenfalls erneut bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags.

#### **Ausschlüsse**

(4) Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut).
- In-situ Krebs oder prä maligne und nicht-invasive Formen.
- Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0.
- Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0.
- Melanome des histologisch nachgewiesenen Stadiums I (TNM Klassifikation, UICC, Stand 2019) und alle Basaliome, sowie alle Hautkrebsformen, die kein Melanom sind. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
- Alle bösartigen Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems bei denen keine regelmäßige und dauerhafte Bluttransfusion, systemische Chemotherapie, zielgerichtete Krebstherapie, Knochenmarktransplantation, hämatopoetische Stammzelltransplantation oder eine vergleichbare interventionelle Therapie größeren Umfangs durchgeführt wird.
- Alle neuroendokrinen Tumore (NETs) und Neoplasmen (NENs) der histologisch nachgewiesenen Einstufung G1, PanNETG1, T1N0M0 (UICC, Stand 2019) oder niedriger.

#### **Sonstiges**

(5) Verstirbt die versicherte Person innerhalb von 28 Tagen nach der Erstdiagnose an den Folgen einer in Absatz 1 Satz 1 beschriebenen Krebserkrankung, zahlen wir keine Zusatzleistung. Eine bereits gewährte Zusatzleistung wird von der Versicherungssumme in Abzug gebracht.

(6) Die Zusatzleistung ist unverzüglich<sup>+</sup>, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Erstdiagnose der Krebserkrankung zu beantragen (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 2).

(7) Wird vorsätzlich die Mitteilungs- und Aufklärungsobliegenheit (vgl. § 2) verletzt, sind wir von unserer Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässigem Verhalten sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform<sup>+</sup> auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben. Wenn uns nachgewiesen wird,

dass die Mitteilungs- oder Aufklärungsobliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen. Wir bleiben auch zur Leistung verpflichtet, soweit uns nachgewiesen wird, dass die Verletzung der Mitteilungs- bzw. Aufklärungsobliegenheit ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt wird.

(8) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von vier Wochen in Textform, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.

## **Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?**

### **§ 2 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?**

Ergänzend zu § 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

#### **Zusatzleistung bei Krebs**

Werden Leistungen wegen einer Krebserkrankung (vgl. § 1) beantragt, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise zur Verfügung gestellt werden:

- a) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person<sup>+</sup> gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens;
- b) eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.

Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise zur Feststellung unserer Leistungspflicht verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.