

Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung – Premium-Schutz

Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

- | | |
|---|---------|
| § 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? | Seite 1 |
| § 2 Wann erhalten Sie eine zusätzliche Soforthilfe bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit? | Seite 1 |
| § 3 Welche Soforthilfe erhalten Sie bei einer schweren Krankheit? | Seite 1 |

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Beitragszahlung?

- | | |
|--|---------|
| § 4 Wann stunden wir Ihnen die Beiträge? | Seite 3 |
|--|---------|

Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

- | | |
|---|---------|
| § 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? | Seite 3 |
|---|---------|

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Vertragsgestaltung?

- | | |
|--|---------|
| § 6 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie in Anspruch nehmen? | Seite 3 |
| § 7 Wann können Sie den Premium-Schutz beitragsfrei stellen oder aus Ihrem Vertrag ausschließen? | Seite 3 |

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung und ggf. weiterer eingeschlossener Besonderer Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten folgende Regelungen:

Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

§ 1 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Verkürzung des Prognosezeitraums und rückwirkende Anerkennung

(1) Abweichend von § 2 Abs. 1 und 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung liegt Berufsunfähigkeit bereits dann vor, wenn die versicherte Person⁺ infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, bereits sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außer Stande gewesen ist oder nach ärztlicher Prognose voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außer Stande sein wird, ihren zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Leistungsbeeinträchtigung ausgestaltet war – auszuüben.

Die Berufsunfähigkeit tritt rückwirkend zu dem Zeitpunkt ein, ab dem die versicherte Person ununterbrochen zu mindestens 50 Prozent außer Stande war, ihren Beruf auszuüben.

Sonstige Regelungen

(2) Abweichend von § 2 Abs. 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt dementsprechend:

Berufsunfähigkeit auf Grund Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder (auch altersentsprechendem) Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens zwei der in § 2 Abs. 10 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

(3) Abweichend von § 2 Abs. 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt dementsprechend:

Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen berufsunfähig auf Grund Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 Abs. 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt dieser Zustand ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit als Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

§ 2 Wann erhalten Sie eine zusätzliche Soforthilfe bei Anerkennung einer Berufsunfähigkeit?

(1) Haben wir eine Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung in Verbindung mit § 1 dieser Bedingungen anerkannt, erhalten Sie eine Einmalzahlung (So-

forthilfe) in Höhe der dreifachen monatlichen Berufsunfähigkeits-Rente. Diese können Sie beispielsweise für Umbaumaßnahmen (nicht zweckgebunden) verwenden.

(2) Die Soforthilfe kann für die gleiche leistungsauslösende medizinische Ursache nicht erneut in Anspruch genommen werden.

§ 3 Welche Soforthilfe erhalten Sie bei einer schweren Krankheit?

(1) Erkrankt die versicherte Person⁺ unter Beachtung von Absatz 2 während der Vertragslaufzeit an einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen (vgl. Absatz 3), erbringen wir auf Ihren Antrag hin eine einmalige Kapitaleistung (Soforthilfe) in Höhe der dreifachen monatlichen Berufsunfähigkeits-Rente (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 5). Die Soforthilfe kann während der vereinbarten Vertragslaufzeit pro Krankheits-Kategorie nur einmal in Anspruch genommen werden und erfolgt unabhängig von einer Rentenzahlung wegen Berufsunfähigkeit.

Erkrankt die versicherte Person innerhalb von drei Monaten nach Krankheitsbeginn an einer Krankheit aus einer anderen Krankheits-Kategorie, erbringen wir keine weitere Leistung. Gleiches gilt bei zeitgleichem Auftreten von mehreren Krankheiten aus verschiedenen Krankheits-Kategorien.

(2) Im ersten Versicherungsjahr besteht nur bei einer unfallbedingten schweren Krankheit Versicherungsschutz. Das Unfallereignis⁺ muss nach Vertragsschluss eingetreten sein.

Vertragsänderung

Haben Sie den Premium-Schutz nachträglich in Ihren Vertrag eingeschlossen, gilt für den neu hinzukommenden Versicherungsschutz eine Wartezeit von sechs Monaten (vgl. § 16 Abs. 5 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung). Gleiches gilt bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes für den zusätzlichen Versicherungsschutz sowie bei Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung oder Beitragserhöhung nach Reduzierung des Beitrags. Von dieser Wartezeit ausgeschlossen sind Unfallereignisse, die nach dem Änderungszeitpunkt eingetreten sind.

(3) Die folgenden Krankheiten gelten als schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen und die versicherte Person unter Beachtung von Absatz 2 während der Vertragslaufzeit daran erkrankt:

Krankheitskategorie I

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.

Dies ist uns durch einen Kardiologen oder Internisten zu bestätigen.

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

Krankheitskategorie II

c) Krebs

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.

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

Krankheitskategorie III

d) Koma

Koma im Sinne dieser Bedingungen ist eine maximale Bewusstseinsstörung ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Komats ist, dass

- der Zustand für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauert und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordert und,
- sofern es sich um ein künstliches Koma handelt, dies aufgrund medizinischer Indikation erfolgt.

Wir leisten ebenfalls, wenn die versicherte Person für einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten ohne künstliche Beatmung im Koma liegt.

Unter bestimmten Umständen ist unsere Leistungspflicht jedoch ausgeschlossen (vgl. Absatz 4 e) bzgl. der Ausschlüsse).

e) Querschnittslähmung

Es liegt eine Querschnittslähmung vor, bei der die Lähmung bzw. der Verlust der Gebrauchsfähigkeit beider Beine über einen Zeitraum von mindestens sieben Tagen bestanden hat und nach aktuellem medizinischem Wissensstand voraussichtlich auf Dauer fortbesteht.

Unter bestimmten Umständen ist unsere Leistungspflicht jedoch ausgeschlossen (vgl. Absatz 4 e) bzgl. der Ausschlüsse).

Krankheitskategorie IV

f) Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Multipler Sklerose ist, dass

- mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark mittels CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder anderer entsprechender bildgebender Verfahren nachgewiesen wird und
- eine durch diese Entmarkungsherde erklärable neurologische Einschränkung besteht, die einem Wert von mindestens 4,5 in der EDSS (Expanded Disability Status Scale, Stand 2016) entspricht.

Dies ist uns durch einen Neurologen zu bestätigen.

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

Ausschlüsse

(4) In folgenden Fällen besteht kein Versicherungsschutz und wir zahlen keine Sofortleistung aus:

a) Herzinfarkt

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- 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) Krebs

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 präinvasive 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 Stammzellentransplantation 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.

d) Multiple Sklerose

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind unklare Verdachtsfälle, wie z. B. „Klinisch isoliertes Syndrom“ oder „mögliche Multiple Sklerose“.

e) Sonstige Ausschlüsse

Zudem zahlen wir die Sofortleistung nicht aus, wenn die schwere Krankheit (außer Krebs und Multiple Sklerose) auf die in § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung genannten Umstände zurückzuführen ist.

Sonstige Regelungen

(5) Die Sofortleistung ist unverzüglich+, spätestens jedoch innerhalb von

sechs Monaten nach der Erstdiagnose der schweren Krankheit (vgl. Absatz 3) zu beantragen (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 5).

(6) 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.

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Beitragszahlung?

§ 4 Wann stunden wir Ihnen die Beiträge?

Ergänzend zu § 8 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung 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 36 Monatsraten nachzuzahlen.

Zudem können Sie in Textform beantragen, dass wir die gestundeten Beiträge im Rahmen einer Vertragsänderung verrechnen. Dabei berücksichtigen wir das zu diesem Zeitpunkt vorhandene Deckungskapital. Durch die Verrechnung der Beiträge kommt es zu einer entsprechenden Reduzierung der Versicherungsleistung. Die neu berechnete Berufsunfähigkeits-Rente darf dabei den Mindestbetrag von 300,- EUR jährlich nicht unterschreiten. Ist nur eine teilweise Verrechnung der gestundeten Beiträge möglich, ist der dann noch offene Beitragsrückstand in bis zu 36 Monatsraten nachzuzahlen.

(3) Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. § 22 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung) gestellt.

Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

§ 5 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

Ergänzend zu § 10 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt:

Wird die Sofortleistung wegen einer schweren Krankheit (vgl. § 3) verlangt, ist ihr Eintritt – auf Kosten des Anspruchserhebenden – durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung gemäß der nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Vertragsgestaltung?

§ 6 Wann können Sie die Nachversicherungsgarantie in Anspruch nehmen?

Ergänzend zu § 18 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung gilt:

Anlassunabhängige Nachversicherungsgarantie ohne erneute Risiko- und 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* das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat,
- die monatliche Erhöhung mindestens 100,- EUR und
- maximal 500,- EUR beträgt.

(2) Hierbei darf jedoch die gesamte versicherte jährliche Berufsunfähigkeits-Rente nicht mehr als 60 Prozent des letzten jährlichen Bruttoeinkommens aus beruflicher Tätigkeit betragen. Dabei sind für den Fall der Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit bestehende oder vergleichbare Ansprüche der versicherten Person zu berücksichtigen. Ansprüche aus der gesetzlichen Absicherung werden nicht berücksichtigt.

(3) Der Versicherungsschutz für die Erhöhung beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten. Diese entfällt bei einem Unfall* der versicherten Person.

(4) Eine Erhöhung ist nicht mehr möglich, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung bereits eine Berufsunfähigkeit der versicherten Person eingetreten ist bzw. während der Vertragslaufzeit bereits Berufsunfähigkeits-Leistungen aus dem Vertrag bezogen wurden. Ihr Recht auf Nachversicherung ruht, solange die Versicherung nicht beitragspflichtig ist.

(5) 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 tatsächlichen 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.

(6) Die Erhöhung wird unter Beachtung der Absätze 1 bis 4 zum nächsten Monatsersten wirksam, nachdem uns Ihr Erhöhungswunsch vorliegt sowie die finanzielle Angemessenheitsprüfung abgeschlossen ist. Für die Zahlung des erhöhten Beitrags gelten die Regelungen der §§ 6 und 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung entsprechend.

§ 7 Wann können Sie den Premium-Schutz beitragsfrei stellen oder aus Ihrem Vertrag ausschließen?

Keine separate Beitragsfreistellung

(1) Den Premium-Schutz können Sie nicht separat beitragsfrei stellen. Eine Beitragsfreistellung* ist nur für Ihren gesamten Vertrag möglich (vgl. § 22 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung).

Ausschluss aus dem Vertrag (Teilkündigung)

(2) Sie können den Premium-Schutz jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (vgl. § 6 Abs. 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung) in Textform* kündigen, sofern wir keine Leistungen aus Ihrer Versicherung erbringen.

(3) Mit Ihrer Kündigung wird diese zusätzliche Leistungs-Option aus Ihrem Vertrag ausgeschlossen. Einen Rückkaufswert erhalten Sie nicht ausgezahlt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.