

## Inhaltsverzeichnis

### A. Versicherungsumfang

### B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)
2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)
5. Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)
6. Sofortleistung

### C. Weitere Bestimmungen

7. Wartezeit

8. Berufstätigkeit und Tarifumstellung Kinder
9. Ende des Vertrages
10. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung
11. Ausschlüsse
12. Anpassung von Leistung und Beitrag (Dynamik)
13. Wie und unter welchen Voraussetzungen können die Beiträge angepasst werden?
- D. Rentenleistung**
14. Zeitpunkt der Rentenleistung
15. Höhe der Leistung
16. Obliegenheiten im Leistungsfall
17. Leistungsfall

Soweit vereinbart, gelten diese Besonderen Bedingungen ergänzend zu den Versicherungsbedingungen für die Private sowie für die Gewerbliche Unfallversicherung. In der Privaten Unfallversicherung sind das SV PrivatSchutz - Allgemeiner Teil (SVPS-AT) und SV PrivatSchutz - Unfall (SVPS-UN). In der Gewerblichen Unfallversicherung sind das die Allgemeinen Bedingungen für die SV Unfallversicherung (SVAUB). Sofern nicht in diesen Besonderen Bedingungen davon abweichende Regelungen getroffen sind, gelten die SVPS-AT / SVPS-UN bzw. die SVAUB. Nachfolgende Bedingungen gelten für Kinder bis bzw. für Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Daher werden im Folgenden nur noch die Bezeichnungen "Kinder" und "Erwachsene" verwendet.

### A. Versicherungsumfang

Der Existenzschutz unterscheidet fünf Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente - siehe Abschnitt B Ziffer 1);
- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente - siehe Abschnitt B Ziffer 2);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente - siehe Abschnitt B Ziffer 3);
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente - siehe Abschnitt B Ziffer 4) und
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente - siehe Abschnitt B Ziffer 5).

Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart während der Vertragslaufzeit bei der versicherten Person vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Leistungsdauer gezahlt, wobei für die Krebsrente spezielle Regelungen zur Leistungsdauer gelten (Abschnitt B Ziffer 5.3).

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

### B. Leistungsarten

#### 1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

In Ergänzung zu Ziffer 2.2 SVPS-UN / SVAUB leisten wir eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

##### 1.1 Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1 und 3 SVPS-UN / SVAUB zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt.

##### 1.2 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre erfolgt, so wird sie auch dann für die vereinbarte Leistungsdauer weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten. Bei Kindern sind wir innerhalb von fünf Jahren zur Vornahme einer Neubemessung berechtigt. Diese Frist verkürzt sich ab Vollendung des 14. Lebensjahres von fünf auf drei Jahre.

##### 1.3 Mitwirkungsanteil von Krankheiten oder Gebrechen

Die Minderung des Invaliditätsgrades im Sinne von Ziffer 3 SVPS-UN / SVAUB unterbleibt, wenn der Mitwirkungsanteil durch Krankheiten oder Gebrechen weniger als dem vereinbarten Prozentsatz entspricht.

#### 2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

In Ergänzung zu Ziffer 1 SVPS-UN / SVAUB leisten wir eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

##### 2.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer irreversiblen, unter Ziffer 2.2 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge eines Unfalls oder einzelner bestimmter Krankheiten, die während der Vertragslaufzeit entstanden sind. Die Beeinträchtigung ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

##### 2.2 Bewertungsmaßstab

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich die folgenden Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

##### 2.2.1 Erkrankungen des zentralen Nervensystems (Gehirn und Rückenmark)

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks, die zu einer dauerhaften vollständigen Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 % oder mehr aufgehoben ist. Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten (Ziffer 3) beurteilt.

##### 2.2.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

##### 2.2.2.1 Für Kinder gilt:

Eine Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten liegt vor, sofern nachweislich durch ein während der Vertragslaufzeit eingetretenes Unfallereignis, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenzdefekt der gemessene Intelligenzquotient die dem Alter des Kindes entsprechende Norm um mehr als 40 % unterschreitet. Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind jedoch psychische Erkrankungen. Hierzu gehören alle Erkrankungen der "International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems", Internationale Statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision (ICD 10) der Krankheitsgruppen F00 bis F99. Der vollständige Text der ICD 10 ist beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information ([www.dimdi.de](http://www.dimdi.de)) abrufbar.

Zu den Krankheits-Gruppen F00 bis F99 gehören:

- Organische psychische Störungen
- Störungen durch die Einnahme psychotroper Substanzen
- Wahnerkrankungen, affektive Störungen und Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises
- Neurotische Störungen, Belastungsstörungen und somatoforme Störungen
- Verhaltensstörungen mit und ohne körperliche Störungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Entwicklungsstörungen

- Emotionale Störungen
- Soziale Störungen
- Intelligenzminderungen, sofern sie nicht im ersten Satz dieser Ziffer erfasst sind.

#### **2.2.2.2** Für Erwachsene gilt:

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die nach einer Prognose für mindestens zwölf Monate

- zu einer dauerhaften Betreuung/Vormundschaft oder dauerhaften Pflegschaft oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung geführt haben.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung aufgrund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

#### **2.2.3** Herzerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Herzerkrankungen wie z. B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankungen, Entzündungen des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörungen, die zu einer erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben. Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV (modifizierte Form für Kinder und Säuglinge).

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Werte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

#### **2.2.4** Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Erkrankungen der Nieren, die z. B. aufgrund von Immunerkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind. Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- Glomeruläre Filtrationsrate 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30ml/min /1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert 4mg/dl (350 µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

#### **2.2.5** Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen, wie z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt. Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt. Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 % oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 % oder
- arterielle Sauerstoffsättigung (SpO<sub>2</sub>/SaO<sub>2</sub>) kleiner gleich 50 % bzw. kleiner als 50 % des dem Alter des Kindes entsprechenden Normwertes ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsfähigkeit. Werden die Werte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

#### **2.2.6** Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l)
- Albuminwert kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40 %.

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein. Werden die Funktionen der Leber aufgrund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

#### **2.3** Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt wurde, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung bereits länger als drei Jahre (Kindern: fünf Jahre) erfolgt, so wird sie auch dann für die vereinbarte Leistungsdauer weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

#### **2.4** Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 SVPS-UN / SVAUB wird eine Mitwirkung von Vorerkrankungen nicht angerechnet. Nur für Erwachsene gilt: Versichert sind nur die Folgen einer Erkrankung, die während der Vertragslaufzeit entstanden sind.

### **3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)**

In Ergänzung zu Ziffer 1 SVPS-UN / SVAUB leisten wir eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

#### **3.1** Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit, der nach Ziffer 3.2 zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein und ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen. Der Verlust einer Grundfähigkeit kann nur eintreten, wenn die versicherte Person diese Grundfähigkeit bereits einmal besessen hat.

#### **3.2** Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der unter den Ziffern 3.2.1 - 3.2.2.4 aufgeführten Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitsarten: A und B. Für die Leistungsabwicklung ist ausschließlich dieser Bewertungsmaßstab anzusetzen.

##### **3.2.1** Grundfähigkeiten der Kategorie A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- nur für Erwachsene: Sich orientieren

Der vollständige Verlust einer der Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

##### **3.2.1.1** Verlust des Sehvermögens

Verlust des Sehvermögens im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit der versicherten Person entsprechend der nachfolgenden Definition.

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- nicht mehr als 1/50, oder
- nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

Nicht geleistet wird, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden können, dass ein Verlust des Sehvermögens im Sinne dieser Bedingung nicht mehr besteht.

##### **3.2.1.2** Verlust des Sprachvermögens

Verlust des Sprachvermögens liegt vor, wenn die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen. Nicht geleistet wird bei Verlust des Sprachvermögens durch nicht organische (z. B. psychogene) Ursachen.

### 3.2.1.3 Verlust des Hörvermögens

Verlust des Hörvermögens liegt vor, wenn die versicherte Person auf beiden Ohren vollständig ertaubt ist, d. h. irreversibel und nicht therapierbar alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel nicht hört. Nicht geleistet wird, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung das Hörvermögen durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel bzw. durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

### 3.2.1.4 Nur für Erwachsene: Verlust der Orientierung

Verlust der Orientierung liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft und irreversibel nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

### 3.2.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet unter den Ziffern 3.2.2.1 - 3.2.2.3 die nachfolgenden vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

#### 3.2.2.1 Obere Extremitäten

##### 3.2.2.1.1 Für Kinder gilt:

###### Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Mal-/Schreibstift zu benutzen und damit einen Strich (1-11jährige) bzw. einen Kreis (ab 12jährige) zu malen oder weder mit der rechten noch mit der linken Hand 2 Bausteine aufeinander zu stapeln (maximale Größe der Bausteine 60x30x15 mm) oder weder mit der rechten noch mit der linken Hand kleine Teile wie z. B. eine Murmel oder eine Perle vom Boden oder einer Tischplatte aufzuheben und in einen Becher oder eine Schale zu legen oder weder mit der rechten noch mit der linken Hand selbstständig einen kompletten Faustschluss auszuführen. 25 Punkte

###### Heben und Tragen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 1 kg schweren Gegenstand von der Sitzfläche eines Stuhls (1-11jährige) bzw. einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch (ab 12jährige) zu heben und 5 m wegzutragen. 25 Punkte

###### Arme bewegen

1-11jährige: Die versicherte Person kann einen Ball nicht mehr mit beiden Händen gleichzeitig über den Kopf werfen, wie beim Einwurf beim Fußballspiel (Prüfung des Nackengriffes) und kann den Ball nicht mehr mit beiden Händen hinter dem Rücken verstecken (Prüfung des Schürzenbindergriffes). 25 Punkte

ab 12jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. 25 Punkte

Das heißt: Es ist nicht möglich, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke anzuziehen.

"Nach hinten greifen" bedeutet hierbei die nach oben und hinten (Nackengriff) sowie die nach unten und hinten (Schürzenbindergriff) gerichtete Bewegung beider Arme.

"Jacke oder Mantel" bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.

"Beide Arme" bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt sind.

##### 3.2.2.1.2 Für Erwachsene gilt:

###### Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen oder Messer und Gabel gleichzeitig zu benutzen oder weder mit der rechten noch mit der linken Hand kleine Teile wie z. B. einen Bleistift vom Boden aufzuheben oder weder mit der rechten noch mit der linken Hand eine Dreh- und Hebewegung mit einer Hantel von 2 kg auszuführen. 25 Punkte

###### Heben und Tragen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen. 25 Punkte

###### Arme bewegen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. 25 Punkte

Das heißt: Es ist nicht möglich, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke anzuziehen.

"Nach hinten greifen" bedeutet hierbei die nach oben und hinten (Nackengriff) sowie die nach unten und hinten (Schürzenbindergriff) gerichtete Bewegung beider Arme.

"Jacke oder Mantel" bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.

"Beide Arme" bedeutet, dass sowohl der linke als auch der rechte Arm in gleicher Weise eingeschränkt ist.

##### 3.2.2.2 Untere Extremitäten

###### 3.2.2.2.1 Für Kinder gilt:

###### Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 4 Stufen (1-11jährige) bzw. 12 Stufen (ab 12jährige) nicht mehr hinauf oder hinab gehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen oder sich am Treppengeländer festzuhalten. Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten.

Treppe hinauf oder Treppe hinab gehen 15 Punkte

###### Gehen, Beine benutzen

1-11jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 2 Hüpf-/Schlussprünge zu machen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

"Hüpf-/Schlussprung" bedeutet, gleichzeitiger Absprung von beiden Beinen und gleichzeitige Landung auf beiden Beinen.

ab 12jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich zu setzen. Die Zeitdauer für die Strecke sollte nicht länger als 10 Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

30 Punkte

###### Stehen

1-11jährige: Die versicherte Person kann weder auf dem rechten noch auf dem linken Bein einbeinig 2 Sekunden stehen, ohne sich abzustützen, hinzuknien oder zu setzen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

ab 12jährige: Die versicherte Person kann keine 5 Minuten auf beiden Beinen stehen, ohne sich abzustützen, hinzuknien oder zu setzen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

###### Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. 30 Punkte

###### 3.2.2.2.2 Für Erwachsene gilt:

###### Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht mehr hinauf oder hinab gehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen oder sich am Treppengeländer festzuhalten. Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten.

Treppe hinauf gehen oder Treppe hinab gehen 15 Punkte

###### Gehen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich zu setzen. Die Zeitdauer für die Strecke sollte nicht länger als 10 Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

###### Stehen

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten auf beiden Beinen stehen, ohne sich abzustützen, hinzuknien oder zu setzen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 30 Punkte

###### Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. 30 Punkte

##### 3.2.2.3 Wirbelsäule und Becken

###### 3.2.2.3.1 Sitzen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten (bzw. 2 Minuten bei 1-11jährigen, 5 Minuten ab 12-18jährigen) auf einem Stuhl aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren und die Armlehnen zu benutzen. 20 Punkte

### 3.2.2.3.2 Erheben

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). 20 Punkte

"Ohne Gebrauch der Hände und Arme" bedeutet: Ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

### 3.2.2.3.3 Beugen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.

Für Kinder gilt:

1-11jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 1 kg Gewicht vom Boden aufzunehmen und auf der Sitzfläche eines Stuhls abzusetzen.

12- bis 18jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht vom Boden aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen. 30 Punkte

### 3.2.2.4 Nur für Erwachsene: Mobilität

Auto fahren

Aus medizinischen Gründen ist der versicherten Person die Fahrerlaubnis der Klasse B (Stand 2010) entzogen worden. Nicht versichert ist der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften. Genehmigungen oder Qualifikationen für Berufskraftfahrer fallen nicht unter diese Regelung. 30 Punkte

### 3.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt wurde, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Ist die Rentenzahlung länger als drei Jahre (Kinder: fünf Jahre) erfolgt, so wird sie auch dann für die vereinbarte Leistungsdauer weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

### 3.4 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 SVPS-UN / SVAUB wird eine Mitwirkung von Vorerkrankungen nicht angerechnet. Nur für Erwachsene gilt: Versichert sind nur die Folgen einer Erkrankung, die während der Vertragslaufzeit entstanden sind.

## 4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

In Ergänzung zu Ziffer 1 SVPS-UN / SVAUB leisten wir eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

### 4.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erhält aufgrund eines Unfalles oder wegen einer während der Vertragslaufzeit aufgetretenen oder diagnostizierten Krankheit eine Einstufung mindestens in die Pflegestufe I (nach dem Deutschen Sozialgesetzbuch, SGB XI) bzw. in den Pflegegrad 2 (nach dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz, PSG II). Für die Leistungsabwicklung ist ausschließlich dieser Bewertungsmaßstab anzusetzen.

Wichtiger Hinweis: Die Definition der Pflegestufen I, II und III entspricht § 14 und § 15 der am 01.01.2013 geltenden Fassung des SGB XI. Änderungen dieses Gesetzes bis zur Umstellung auf das Zweite Pflegestärkungsgesetz führen zu keiner Leistungsänderung im Rahmen dieser Bedingungen.

Als Überleitungsregel für die Pflegerente gilt ab dem 01.01.2017:

Pflegestufe 0 (nicht versichert)	=	Pflegegrad 1
Pflegestufe I	=	Pflegegrad 2
Pflegestufe I und eingeschränkte Alltagskompetenz	=	Pflegegrad 3
Pflegestufe II	=	Pflegegrad 3
Pflegestufe II und eingeschränkte Alltagskompetenz	=	Pflegegrad 4
Pflegestufe III	=	Pflegegrad 4
Pflegestufe III und eingeschränkte Alltagskompetenz	=	Pflegegrad 5
Härtefall (nicht versichert)	=	Pflegegrad 5

### 4.2 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem mindestens die Pflegestufe I bzw. der Pflegegrad 2 zuerkannt wurde, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- keine Pflegestufe I oder höher bzw.
- kein Pflegegrad 2 oder höher mehr besteht.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Pflegestufe bzw. des Pflegegrads unverzüglich zu melden.

### 4.3 Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 SVPS-UN / SVAUB wird eine Mitwirkung von Vorerkrankungen nicht angerechnet. Nur für Erwachsene gilt: Versichert sind jedoch nur die Folgen einer Erkrankung, die während der Vertragslaufzeit entstanden sind.

## 5. Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

In Ergänzung zu Ziffer 1 SVPS-UN / SVAUB leisten wir eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

### 5.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer unter Ziffer 5.2 definierten Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumoren) während der Vertragslaufzeit. Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt. Der Eintritt einer Krebserkrankung ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

### 5.2 Bewertungsmaßstab

Für die Leistungsabwicklung ist ausschließlich dieser Bewertungsmaßstab anzusetzen.

#### 5.2.1 Krebs (ohne Blutkrebs und Lymphknotenkrebs)

Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der "TNM classifications of malignant tumours, seventh edition" der International Union against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I bis IV). Diese Stadieneinteilung folgt der Schwere einer Krebserkrankung. Tumore des Gehirns werden wie Krebserkrankungen berücksichtigt. Diese Tumore werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in Schweregrade (I bis IV) eingeteilt.

#### 5.2.2 Blutkrebs und Lymphknotenkrebs

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Krebserkrankungen des Blutes und der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien (1 bis 4) eingeteilt.

Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells

Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells

Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark)

#### 5.2.3 Leistungsfall bei Krebserkrankungen

Eine befristete Rente wird bei Diagnose einer Krebserkrankung ab Stadium II / 2 (Schweregrad II bei Hirntumoren) gezahlt.

Krebserkrankungen, die nicht in Stadien oder Grade gemäß Ziffern 5.2.1 und 5.2.2 eingeteilt sind, werden nach der Organrente (Abschnitt B, Ziffer 2), der Grundfähigkeitenrente (Abschnitt B, Ziffer 3) oder der Pflegerente (Abschnitt B, Ziffer 4) berücksichtigt.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma in situ (TIS);
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3;
- alle Krebserkrankungen des Stadiums I / 1 (Schweregrad I bei Hirntumoren);
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3; in Abweichung von Satz Eins ist die Diagnose Gebärmutterhalskrebs schon ab Stadium 1A leistungsauslösend.

### 5.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt wurde, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend

nach der Meldung beim Versicherer. Die Rente wird gezahlt bei einer Krebserkrankung im Stadium/Schweregrad

- II / 2 für die Dauer von max. 12 Monaten,
- III / 3 für die Dauer von max. 36 Monaten,
- IV / 4 für die Dauer von max. 60 Monaten.

Die Rentenzahlung endet

- zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

**5.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen**

**5.4.1 Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung**  
Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Stadiums oder Schweregrades auf, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend des neuen Stadiums/Schweregrades. Bereits gezahlte Renten werden angerechnet.

**5.4.2 Wiederauftreten einer Krebserkrankung**

Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleichen Ort oder im gleichen Organ), werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet.

**5.4.3 Auftreten einer weiteren Krebserkrankung**

Tritt eine weitere Krebserkrankung auf, die im Zusammenhang mit einer Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung), für die bereits Leistungen erbracht wurden, gelten die Ziffern 5.4.1 und 5.4.2 entsprechend. Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

**5.4.4 Erfüllen der Kriterien von anderen Leistungsarten**

Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Anforderungen der Organrente (Abschnitt B, Ziffer 2), der Grundfähigkeitsrente (Abschnitt B, Ziffer 3) oder der Pflegerente (Abschnitt B, Ziffer 4) erfüllt, wird die Leistung daraus erbracht.

## **6. Sofortleistung**

**6.1 Voraussetzungen für die Leistung:**

Eine der Leistungsvoraussetzungen gemäß Abschnitt B, Ziffern 1.1, 2.1, 3.1, 4.1 oder 5.1 ist erfüllt. Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung des Leistungsanspruchs an gerechnet.

**6.2 Anspruch und Höhe der Leistung**

Wir zahlen unabhängig von der monatlichen Rentenleistung eine Sofortleistung in Höhe von drei Monatsrenten.

## **C. Weitere Bestimmungen**

### **7. Wartezeit**

Für Krankheiten, die zu einer

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente - Abschnitt B, Ziffer 2);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitsrente - Abschnitt B, Ziffer 3) oder
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente - Abschnitt B, Ziffer 5)

führen, gilt eine Wartezeit von sechs Monaten. Für Leistungsansprüche aufgrund Multipler Sklerose erhöht sich die Wartezeit auf zwölf Monate. Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung dieser Krankheiten innerhalb der Wartezeit, sind diese Krankheiten und die daraus resultierenden Krankheitsfolgen, auch wenn sie nach Ablauf der Wartezeit entstehen, nicht mitversichert.

Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch die daraus folgenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wird die versicherte Person infolge vorgenannter innerhalb der Wartezeit erstmals aufgetretener oder diagnostizierter Krankheiten jedoch in mindestens eine Pflegestufe I bzw. einen Pflegegrad 2 eingruppiert, leisten wir die Pflegerente gemäß Abschnitt B, Ziffer 4.

Für die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente, B Ziffer 1) und die Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente, B Ziffer 4) bestehen keine Wartezeiten.

## **8. Berufstätigkeit und Tarifumstellung Kinder**

Für Änderungen der Berufstätigkeit oder Beschäftigung und für die Tarifumstellung bei Kindern gelten die Regelungen der Ziffer 5 SVPS-UN / SVAUB.

## **9. Ende des Vertrages**

**9.1** Dieser Versicherungsschutz endet - in Abweichung von Ziffer 2.2 SVPS-AT / Ziffer 9 SVAUB - ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. Wird zum Zeitpunkt der Vertragsbeendigung eine Rente gezahlt, so hat die Vertragsbeendigung keinen Einfluss auf die vereinbarte Dauer dieser Rentenzahlung und umgekehrt.

**9.2** Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

In Abänderung von Ziffer 2.2 SVPS-AT / Ziffer 9 SVAUB wird das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen.

Unter der Voraussetzung, dass die Anpassungsmöglichkeit des Beitrags nach Ziffer 13 nicht durch ein Gericht rechtskräftig oder durch die für die Versicherungsaufsicht zuständige Behörde bestandskräftig für die Versicherungsaufsicht zuständige Behörde bestandskräftig für unwirksam erklärt wird, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht gemäß Ziffern 2.2 / 3.1 SVPS-AT und Ziffern 9.2 und 9.3 SVAUB.

Stellt ein Gericht rechtskräftig oder die für die Versicherungsaufsicht zuständige Behörde bestandskräftig die Unwirksamkeit der in Ziffer 13 genannten Beitragsanpassungsklausel fest, stehen dem Versicherer die Kündigungsrechte nach Ziffern 2.2 / 3.1 SVPS-AT und Ziffern 9.2 und 9.3 SVAUB zu.

Das Kündigungsrecht des Versicherers bleibt auch bestehen, wenn der Geschäftsbetrieb des Existenzschutz in bisheriger Form innerhalb der Sparte Unfallversicherung durch ein Gericht oder die Versicherungsaufsichtsbehörde rechtskräftig untersagt wird.

Der Rücktritt oder die Kündigung nach den Ziffern 4 bis 6 SVPS-AT und Ziffern 11 bis 13 SVAUB (Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags) und Ziffer 10 SVPS-AT und Ziffer 19 SVAUB (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Ziffer 13.7 SVPS-AT und Ziffer 7 SVAUB (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind jedoch von dem in Satz Eins genannten Ausschluss nicht betroffen und bleiben daher als Recht für uns bestehen.

## **10. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung**

Nur für Erwachsene gilt:

**10.1** Sie haben das Recht, den Versicherungsschutz mehrmalig ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen, sofern diese Erhöhungen insgesamt nicht mehr als 50 % (max. 500 EUR) der zu Vertragsbeginn vereinbarten Versicherungssumme der monatlichen Rente betragen (Erhöhungsgarantie).

Das Erhöhungsrecht besteht nach Eintritt folgender Lebensereignisse bei der versicherten Person:

**10.1.1** Heirat bzw. Begründung einer Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z. B. Heiratsurkunde) einzureichen;

**10.1.2** Geburt eines Kindes, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;

**10.1.3** Adoption eines minderjährigen Kindes, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen;

**10.1.4** rechtskräftige Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG, der entsprechende Nachweis (z. B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen;

**10.1.5** Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu eigenen Wohnzwecken (Kaufpreis mindestens 50.000 EUR), als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen;

**10.1.6** erfolgreicher Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen oder akademischen Ausbildung, als Nachweis sind entsprechende Dokumente (z. B. Abschlusszeugnis) einzureichen;

**10.1.7** Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung bei Handwerkern und Selbstständigen, als Nachweis sind entsprechende Dokumente einzureichen;

**10.1.8** das Bruttojahreseinkommen bei nichtselbstständiger Tätigkeit überschreitet erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung oder erhöht sich innerhalb eines Jahres um mindestens 15 %, als Nachweis ist ein Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers einzureichen. Die Erhöhung darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben.

- 10.2** Das Recht auf Erhöhung endet, wenn
- 10.2.1** die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat;
- 10.2.2** die Versicherungssumme den zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien angegebenen Höchstrentenbetrag erreicht hat. Sofern durch die Erhöhung der Versicherungssumme der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien angegebene Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, wird maximal auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht. (Hinweis: Der Höchstrentenbetrag liegt aktuell bei 3.000 EUR je Monat für alle bei uns bestehenden Existenzschutz-Versicherungen);
- 10.2.3** der Leistungsfall im Sinne dieser Bedingungen objektiv eingetreten ist.
- 10.3** Wenn Sie von Ihrem Erhöhungsrecht Gebrauch machen möchten, müssen Sie die Erhöhung innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des Ereignisses unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises schriftlich beantragen. Werden die Fristen überschritten oder die erforderlichen Nachweise nicht binnen eines Monats nach Ablauf der Fristen nachgereicht, ist eine Erhöhung aufgrund dieses Ereignisses ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht mehr möglich.
- 10.4** Der für die Erhöhung zusätzlich zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Tarif und dem dann erreichten Alter der versicherten Person. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

## 11. Ausschlüsse

In Ergänzung der Ausschlüsse gemäß Ziffer 4 SVPS-UN / SVAUB bestehen für alle fünf Leistungsarten nachfolgende Ausschlüsse. Wir leisten nicht, wenn die Voraussetzung für eine Leistung (siehe Abschnitt B, Ziffern 1.1, 2.1, 3.1, 4.1, 5.1) verursacht worden ist durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung (-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.

## 12. Anpassung von Leistung und Beitrag (Dynamik)

Sie haben mit uns vereinbart, dass die monatliche Rente und der Beitrag jährlich angepasst werden. Dabei wird die Versicherungssumme auf volle zehn Euro aufgerundet. Abweichend von Ziffer 11 SVPS-UN und den Besonderen Bedingungen für die Anpassung von Leistung und Beitrag in der Unfallversicherung (BB Dynamik) berechnet sich die Anpassung des Beitrages nach dem Beitrag, den Sie im Jahr der Anpassung bei Abschluss eines Neuvertrags zahlen würden. Die Ziffern 11.1.5 und 11.1.6 SVPS-UN und die Ziffern 4 und 5 der Besonderen Bedingungen für die Anpassung von Leistung und Beitrag in der Unfallversicherung (BB Dynamik) gelten unverändert.

## 13. Wie und unter welchen Voraussetzungen können die Beiträge angepasst werden?

**13.1** Um die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine risikogemäße Tarifierung sicherzustellen, sind wir berechtigt und verpflichtet, für bestehende Verträge mindestens alle fünf Jahre zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss. Bei dieser Überprüfung der Beiträge durch eine Neukalkulation sind die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und der Versicherungstechnik anzuwenden. Es dürfen nur

**13.1.1** Veränderungen in den biometrischen Rechnungsgrundlagen (Beispiele: Risiken Langlebigkeit, Tod, Invalidität, Berufsunfähigkeit, schwere Erkrankungen der Versicherungsnehmer),

**13.1.2** die seit der letzten Festsetzung der Beiträge eingetretene Schaden- und Kostenentwicklung und

**13.1.3** die laut 13.1.1 und 13.1.2 zu erwartende Veränderung bis zur nächsten Überprüfung herangezogen werden. Für Teile des Gesamtbestandes, die nach objektiven risikobezogenen Kriterien abgrenzbar sind (z. B. Lebensalter, Gefahrengruppen), kann zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs auf den entsprechenden Teilbestand abgestellt werden. Dabei ist die Neukalkulation stets auf der

Basis einer ausreichend großen Zahl gleichartiger Risiken durchzuführen.

Die Neukalkulation und die ihr zugrunde liegenden Statistiken sind einem unabhängigen Treuhänder zur Prüfung und Bestätigung vorzulegen.

Hat der Treuhänder den Anpassungsbedarf der Beiträge bestätigt, so sind wir im Falle eines Erhöhungsbedarfs berechtigt, im Falle eines Absenkungspotenzials verpflichtet, die Beiträge für bestehende Verträge anzupassen. Nur eine Veränderung der Beiträge von zumindest 5 % führt dabei zu einem Erhöhungsrecht bzw. einer Absenkungsverpflichtung. Darüber hinaus darf die Anpassung der Beiträge 20 % nicht übersteigen. Unterbliebene Anpassungen von unter 5 % oder den 20 % übersteigenden Teil sind bei der folgenden Neukalkulation wieder zu berücksichtigen.

Der neu festgesetzte Beitrag für bestehende Verträge darf nicht höher sein als der Beitrag für gleich umfangreichen Versicherungsschutz und gleiche Tarifmerkmale im Neugeschäft.

Die Erhöhung der Beiträge gilt ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Sie tritt nur in Kraft, wenn wir Ihnen die Erhöhung mindestens einen Monat vor deren Wirksamwerden mitteilen. Die Mitteilung muss schriftlich erfolgen, Ihnen den Unterschied zwischen dem bisherigen und dem erhöhten Beitrag aufzeigen und Sie über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Sie können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen.

Senkungen des Beitragssatzes gelten ohne besondere Mitteilung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres, das auf den Abschluss der Überprüfung durch den Treuhänder erfolgt.

## D. Rentenleistung

### 14. Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall gemäß Abschnitt B, Ziffer 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

### 15. Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

### 16. Obliegenheiten im Leistungsfall

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

Abweichend von Ziffer 6 SVPS-UN / SVAUB gilt:

**16.1** Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald die Leistungsvoraussetzung für eine Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht unverzüglich melden oder nicht unverzüglich einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

**16.2** Unfallrente (Ziffer B.1) und Pflegerente (Ziffer B.4): Reichen Sie uns eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Leistungsvoraussetzung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens ein. Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir bis zur Höhe von 250 EUR.

Organrente (Ziffer B.2), Grundfähigkeitenrente (Ziffer B.3) und Krebsrente (Ziffer B.5): Wir besorgen alle notwendigen ärztlichen Berichte und Gutachten selbst und übernehmen dafür die Kosten.

**16.3** Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache vorzulegen. Die hierdurch entstehenden Kosten werden nicht übernommen.

**16.4** Die versicherte Person hat Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie die Träger der deutschen

gesetzlichen Unfallversicherung und Behörden, soweit sie dort in den letzten fünf Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt wurde bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt hat, zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelner Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

**16.5** Wir können auf unsere Kosten ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten werden nicht übernommen.

**16.6** Eine Minderung oder einen Fortfall der jeweiligen Leistungsvoraussetzung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

**16.7** Wird eine dieser Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

## **17. Leistungsfall**

Abweichend von Ziffer 8 SVPS-UN / SVAUB gilt:

**17.1** Wir sind verpflichtet, innerhalb von drei Monaten nach Abschluss der Heilbehandlung und nach Vorliegen aller Unterlagen in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen.

Bei Ablehnung eines Leistungsfalles kann aufgrund der gleichen Ursache frühestens nach einer Wartezeit von zwölf Monaten erneut ein

Leistungsantrag gestellt werden. Sie können allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann aufgrund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe von 250 EUR.

**17.2** Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb der in Ziffer 14.4 genannten Reaktivierungsfrist von drei bzw. fünf Jahren. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Ziffer 13 SVPS-UN / Ziffer 17 SVAUB gelten entsprechend.

**17.3** Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

**17.4** Mit Ausnahme der Krebsrente gilt Folgendes: Innerhalb von drei Jahren nach Eintritt des Leistungsfalles haben wir jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist). Bei Kindern sind wir innerhalb fünf Jahren dazu berechtigt, jedoch verkürzt sich diese Frist ab Vollendung des 14. Lebensjahres von fünf auf drei Jahre. Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt.

Wenn der Versicherungsschutz nicht bereits beendet ist, haben Sie die Möglichkeit, den Versicherungsschutz innerhalb von drei Monaten in Höhe der zuletzt bezogenen Rentenleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung rückwirkend zum Ende der Rentenzahlung wieder zu aktivieren. Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung zu dem dann erreichten Alter der versicherten Person wieder in Kraft. Vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Klauseln) finden ebenfalls Anwendung.

**17.5** Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet die Pflicht zur Beitragszahlung für diesen Versicherungsschutz. Dies gilt für die Dauer dieses Leistungsbezugs. Erlischt der Anspruch auf Rentenzahlung, tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft.

**17.6** Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Konto. Sofern wir auf ein Konto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.