

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist versichert?	10. Wie und unter welchen Voraussetzungen können die Beiträge angepasst werden?
2. Welche Rentenleistungen sind vereinbart?	11. Anpassung von Leistungen und Beiträgen (Dynamik)
3. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	12. Welche Wartezeiten sind zu erfüllen?
4. Was müssen Sie bei vereinbartem Tarif für Kinder und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?	13. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung
5. Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten?	14. Wann endet der Vertrag?
6. Wann sind die Leistungen fällig?	15. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
7. Wie berechnet sich die Leistung?	
8. Beitragsfreistellung	
9. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	

Diese Versicherungsbedingungen gelten ergänzend zu den Versicherungsbedingungen für den SV PrivatSchutz - Allgemeiner Teil (SVPS-AT) oder - in der gewerblichen Unfallversicherung - zu den Allgemeinen Bedingungen für die SV Unfallversicherung (SVAUB). Sie gelten für Kinder bis bzw. für Erwachsene ab dem vollendeten 18. Lebensjahr. Daher werden im Folgenden nur noch die Bezeichnungen "Kinder" und "Erwachsene" verwendet.

1. Was ist versichert?

Der ExistenzSchutz unterscheidet vier Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente - siehe Ziffer 2.1);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente - siehe Ziffer 2.2);
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente - siehe Ziffer 2.3) und
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente - siehe Ziffer 2.4).

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. Die monatliche Rente wird bei mehreren gleichzeitig festgestellten Leistungsauslösern nur einmal gezahlt.

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

Sind die Leistungsvoraussetzungen nach Ziffer 2.1 bis Ziffer 2.4 dieser AVB Existenzschutz für eine Existenzschutz-Rente und Ziffer 2.2 der gewerblichen (SVAUB) oder der privaten Unfallversicherung (SVPS-UN-B, SVPS-UN-K, SVPS-UN-T) für die Unfall-Rente durch das gleiche Unfallereignis erfüllt, wird die monatliche Rente in der vereinbarten Höhe nur einmal gezahlt.

2. Welche Rentenleistungen sind vereinbart?

2.1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

Wir leisten eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

2.1.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer irreversiblen, unter Ziffer 2.1.2 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einer Verletzung oder einzelner bestimmter Krankheiten, die während der Vertragslaufzeit entstanden sind. Die Beeinträchtigung ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.1.2 Bewertungsmaßstab

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich die folgenden Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

2.1.2.1 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 beurteilt.

2.1.2.2 Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

2.1.2.2.1 Für Kinder gilt:

Eine Beeinträchtigung der geistigen Fähigkeiten liegt vor, sofern nachweislich durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenzde-

fekt 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 Krankheits-Gruppen F00 bis F99. Der vollständige Text der ICD 10 ist beim Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (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.

2.1.2.2.2 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.

2.1.2.3 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.

2.1.2.4 Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Erkrankungen der Nieren, die z. B. aufgrund von Immunkrankheiten, 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.

2.1.2.5 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 (SpO₂/SaO₂) 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.

2.1.2.6 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.

2.1.3 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 (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.

2.1.4 Vorerkrankungen

Eine Mitwirkung von Vorerkrankungen wird bei Kindern nicht angerechnet. Für Erwachsene dagegen gilt: Versichert sind nur die Erkrankungen, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind.

2.2 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

Wir leisten eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch eine Verletzung oder Krankheit, der nach Ziffer 2.2.2 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.

2.2.2 Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala unterscheidet zwei Grundfähigkeitenarten: A und B. Für die Leistungsabwicklung ist ausschließlich dieser Bewertungsmaßstab anzusetzen.

2.2.2.1 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.

2.2.2.1.1 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.

2.2.2.1.2 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.

2.2.2.1.3 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.

2.2.2.1.4 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.

2.2.2.2 Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet unter den Ziffern 2.2.2.2.1 - 2.2.2.2.3 die nachfolgenden vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

2.2.2.2.1 Obere Extremitäten

2.2.2.2.1.1 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 zwei 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 (Schürzenbindegrieff) 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.

2.2.2.2.1.2 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 (Schürzenbindegrieff) 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.

2.2.2.2.2 Untere Extremitäten

2.2.2.2.2.1 Für Kinder gilt:

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit vier Stufen (1-11jährige) bzw. zwölf 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, zwei 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

Stehen

1-11jährige: Die versicherte Person kann weder auf dem rechten noch auf dem linken Bein einbeinig zwei 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

2.2.2.2.2 Für Erwachsene gilt:

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit zwölf 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

2.2.2.2.3 Wirbelsäule und Becken

2.2.2.2.3.1 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

2.2.2.2.3.2 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.

2.2.2.2.3.3 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

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

2.2.3 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 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.

2.2.4 Vorerkrankungen

Eine Mitwirkung von Vorerkrankungen wird bei Kindern nicht angerechnet. Für Erwachsene dagegen gilt: Versichert sind nur die Erkrankungen, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind.

2.3 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

Wir leisten eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.3.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person erhält aufgrund einer Verletzung oder wegen einer während der Vertragslaufzeit aufgetretenen oder diagnostizier-

ten Krankheit eine Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2 (nach dem Zweiten Pflegestärkungsgesetz, PSG II). Für die Leistungsabwicklung ist ausschließlich dieser Bewertungsmaßstab anzusetzen. Als Überleitungsregel für die Pflegerente gilt seit dem 01.01.2017:

Pflegegrad 1	nicht versichert
Pflegegrad 2	versichert
Pflegegrad 3	versichert
Pflegegrad 4	versichert
Pflegegrad 5	versichert
Härtefall	nicht versichert

2.3.2 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus - rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem mindestens 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
- kein Pflegegrad 2 oder höher mehr besteht.

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

2.3.3 Vorerkrankungen

Eine Mitwirkung von Vorerkrankungen wird bei Kindern nicht angerechnet. Für Erwachsene dagegen gilt: Versichert sind nur die Erkrankungen, die während der Vertragslaufzeit aufgetreten sind.

2.4 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

Wir leisten eine Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.4.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer unter Ziffer 2.4.2 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.

2.4.2 Bewertungsmaßstab

Für die Leistungsabwicklung ist ausschließlich dieser Bewertungsmaßstab anzusetzen.

2.4.2.1 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.

2.4.2.2 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 sowie Befall Knochenmark

Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells

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

2.4.2.3 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 2.4.2.1 und 2.4.2.2 eingeteilt sind, werden innerhalb der Organrente (Ziffer 2.1), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 2.2) oder der Pflegerente (Ziffer 2.3) auf die Erfüllung der dortigen Leistungsvoraussetzungen hin geprüft.

Ausgeschlossen sind:

- alle Carcinoma in situ (TIS);

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

2.4.3 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.

2.4.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

2.4.4.1 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.

2.4.4.2 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.

2.4.4.3 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 2.4.4.1 und 2.4.4.2 entsprechend. Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

2.4.4.4 Erfüllen der Kriterien von anderen Leistungsarten

Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Anforderungen der Organrente (Ziffer 2.1), der Grundfähigkeitenrente (Ziffer 2.2) oder der Pflegerente (Ziffer 2.3) erfüllt, wird die Leistung daraus erbracht.

2.5 Kapitalleistung

2.5.1 Voraussetzungen für die Leistung

Eine der Leistungsvoraussetzungen gemäß Ziffern 2.1.1, 2.2.1, 2.3.1 oder 2.4.1 ist erfüllt. Der Anspruch erlischt mit Ablauf eines Jahres, vom Tag der erstmaligen ärztlichen Feststellung des Leistungsanspruchs an gerechnet.

2.5.2 Anspruch und Höhe der Leistung

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

3. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es bestehen für alle vier Leistungsarten nachfolgende Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Voraussetzung für eine Leistung (siehe Ziffern 2.1.1, 2.2.1, 2.3.1, 2.4.1) verursacht worden ist

3.1 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.

3.2 Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Verletzungen:

- 3.2.1** Verletzungen der versicherten Person
 - durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen,
 - durch epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch eine unter diesen Vertrag fallende Verletzung verursacht waren.

3.2.2 Verletzungen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

3.2.3 Verletzungen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht

- für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg;
- für Verletzungen durch atomare, biologische oder chemische (ABC-) Waffen;
- im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand, an dem die Länder China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt sind.

3.2.4 Verletzungen der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mithilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit;
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

3.2.5 Verletzungen, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt. Ausgenommen sind Stern-, Orientierungs- und Zuverlässigkeitsfahrten.

3.2.6 Verletzungen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

4. Was müssen Sie bei vereinbartem Tarif für Kinder und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

4.1 Umstellung des Tarifes für Kinder

4.1.1 Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Tarif für Kinder versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu der vereinbarten Versicherungssumme. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen den bisherigen Beitrag und wir reduzieren die Versicherungssumme entsprechend.
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssumme und wir berechnen einen entsprechend höheren Beitrag.

4.1.2 Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren.

Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

4.1.3 Errechnet sich bei gleichbleibendem Beitrag nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif eine niedrigere Versicherungssumme, gilt diese nach Ablauf von einem Monat ab der Änderung.

4.1.4 Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit der bisherigen Versicherungssumme bei erhöhtem Beitrag weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

5. Welche Obliegenheiten müssen Sie beachten?

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

Es gilt:

5.1 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.

5.2 Pflegerente (Ziffer 2.3.): Reichen Sie uns eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Leistungsvoraussetzung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandelt 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 2.1), Grundfähigkeitsrente (Ziffer 2.2) und Krebsrente (Ziffer 2.4): Wir besorgen alle notwendigen ärztlichen Berichte und Gutachten selbst und übernehmen dafür die Kosten.

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

5.4 Die versicherte Person hat Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie 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 einzelfallbezogene 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.

5.5 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.

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

5.7 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.

6. Wann sind die Leistungen fällig?

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.

Es gilt:

6.1 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.

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 6.3 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.

6.2 Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Be-

scheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

6.3 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 von 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, diesen 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.

6.4 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.

7. Wie berechnet sich die Leistung?

Wir zahlen die Rente monatlich in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme.

Eine Mitwirkung von Vorerkrankungen wird bei der Rentenleistung nicht angerechnet.

8. Beitragsfreistellung

Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs auf die monatliche 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.

9. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

9.1 Eine ExistenzSchutz-Versicherung zum Kindertarif wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

9.2 Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

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

10.1 Wir sind berechtigt und verpflichtet, den Beitragssatz für bestehende Versicherungsverträge zu überprüfen und - wenn die Entwicklung der Schadenaufwendungen und der den Verträgen zurechenbaren Kosten dies erforderlich machen - an diese Entwicklung anzupassen.

Außerdem können Veränderungen in den biometrischen Rechnungsgrundlagen (Risiken Langlebigkeit, Tod, Invalidität) herangezogen werden.

Die durch eine gesetzlich vorgeschriebene Veränderung des betriebsnotwendigen Sicherheitskapitals entstehenden Kapitalkosten dürfen mit einberechnet werden. Erhöhungen des Gewinnansatzes bleiben bei der Neukalkulation außer Betracht. Zur Ermittlung des Anpassungsbedarfs wird der Beitragssatz mindestens alle fünf Jahre - gerechnet ab 01.01.2018 - neu kalkuliert.

Die Neukalkulation berücksichtigt auf Basis der bisherigen Schadenentwicklung insbesondere die voraussichtliche künftige Entwicklung des Schadenbedarfs. Unternehmensübergreifende Daten dürfen dabei für den Fall herangezogen werden, dass eine ausreichende Grundlage unternehmenseigener Daten nicht zur Verfügung steht. Die Neukalkulation der Beiträge wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen durchgeführt.

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.

10.2 Ergibt die Neukalkulation, dass eine Änderung des Beitragssatzes um weniger als 5 % erforderlich wäre, besteht kein Anpassungsrecht und auch keine Anpassungsverpflichtung.

Wird die vorgenannte Schwelle überschritten, sind die Neukalkulation und die ihr zugrunde liegenden Statistiken einem unabhängigen Treuhänder zur Prüfung vorzulegen. Sofern dieser die Angemessenheit der Neukalkulation bestätigt, sind wir berechtigt und im Fall eines sich aus der Neukalkulation ergebenden Beitragssatzreduzierungspotenzials verpflichtet, den Beitragssatz für die bestehenden Verträge mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres entsprechend anzupassen. Dabei darf eine sich aus der Neukalkulation ergebende Erhöhung 20 % des bisherigen Beitragssatzes nicht übersteigen.

Bedingungsgemäß unterbliebene Anpassungen (Anpassungen unter 5 % oder über 20 %) bzw. kalkulatorisch nicht genutzte Anpassungspotenziale (zwischen 5 % und 20 %) können bei den folgenden Anpassungen berücksichtigt werden.

Darüber hinaus darf der neue Beitragssatz nicht höher sein als der Beitragssatz für neu abzuschließende Verträge mit gleichen Tarifmerkmalen und gleichem Deckungsschutz.

10.3 Erhöhungen des Beitragssatzes werden Ihnen mindestens einen Monat vor Beginn des nächsten Versicherungsjahres von uns mitgeteilt. Sie gelten ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres. Sie können den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Erhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, in Textform kündigen.

Über das Kündigungsrecht und die bei der Kündigung zu beachtenden Voraussetzungen werden Sie in unserer Mitteilung über die Erhöhung des Beitragssatzes informiert.

10.4 Senkungen des Beitragssatzes gelten ohne besondere Mitteilung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres, das auf den Abschluss der Überprüfung durch den Treuhänder folgt. Hält der Treuhänder eine von uns im Rahmen der Neukalkulation ermittelte Senkung des Beitragssatzes für nicht ausreichend, haben wir unverzüglich eine Neukalkulation vorzulegen.

11. Anpassung von Leistungen und Beiträgen (Dynamik)

Sofern Sie mit uns vereinbart haben, dass die monatliche Rente und der Beitrag jährlich angepasst werden, gilt:

- Die Versicherungssumme wird auf volle zehn Euro aufgerundet.
- Die Anpassung des Beitrags berechnet sich nach dem Beitrag, den Sie im Jahr der Anpassung bei Abschluss eines Neuvertrags zahlen würden.

12. Welche Wartezeiten sind zu erfüllen?

Für Krankheiten, die zu einer

- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente - Ziffer 2.1);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente - Ziffer 2.2) oder
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente - Ziffer 2.4.)

führen, gilt eine Wartezeit von sechs Monaten, es sei denn es handelt sich um Multiple Sklerose. Hier erhöht sich die Wartezeit auf zwölf Monate.

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Liegen klinisch relevante erkennbare Symptome oder paraklinische Befunde (die mit technischen Hilfsmitteln gewonnenen Untersuchungsergebnisse wie Laborbefunde, EEG, EKG, Röntgen, Sonographie usw.) innerhalb der Wartezeit vor oder liegt der Zeitpunkt der Diagnosestellung dieser Krankheiten innerhalb der Wartezeit, sind diese Krankheiten und die daraus resultierenden Krankheitsfolgen nicht mitversichert, selbst wenn die Krankheiten oder die daraus resultierenden Krankheitsfolgen erst nach Ablauf der Wartezeit entstehen. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch die sich daraus ergebenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Wird die versicherte Person infolge vorgenannter innerhalb der Wartezeit erstmals aufgetretener oder diagnostizierter Krankheiten jedoch in mindestens einen Pflegegrad 2 eingruppiert, leisten wir die Pflegerente gemäß Ziffer 2.3.

Für die Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente, Ziffer 2.3) besteht keine Wartezeit.

13. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung

Nur für Erwachsene gilt:

13.1 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:

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

13.1.2 Geburt eines Kindes, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;

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

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

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

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

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

13.1.8 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.

13.2 Das Recht auf Erhöhung endet, wenn

13.2.1 die versicherte Person das 40. Lebensjahr vollendet hat;

13.2.2 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 Existenz-Schutz-Versicherungen);

13.2.3 der Leistungsfall im Sinne dieser Bedingungen objektiv eingetreten ist.

13.3 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 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.

13.4 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.

13.5 Die Regelungen zur Wartezeit aus Ziffer 12 gelten nur für den anlässlich Ziffer 11 erhöhten Anteil der Versicherungssumme.

14. Wann endet der Vertrag?

14.1 Dieser Versicherungsschutz endet 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.

14.2 Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers
Das Kündigungsrecht des Versicherers wird ausgeschlossen.

Unter der Voraussetzung, dass die Anpassungsmöglichkeit des Beitrags nach Ziffer 10 nicht durch ein Gericht rechtskräftig oder durch die für die Versicherungsaufsicht zuständige Behörde bestandskräftig für unwirksam erklärt wird, verzichten wir auf unser Kündigungsrecht gemäß Ziffern 2.2 / 3.1 SVPS-AT.

Stellt ein Gericht rechtskräftig oder die für die Versicherungsaufsicht zuständige Behörde bestandskräftig die Unwirksamkeit der in Ziffer 8 genannten Beitragsanpassungsklausel fest, stehen dem Versicherer die Kündigungsrechte nach Ziffern 2.2 / 3.1 SVPS-AT zu.

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

15. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

15.1 Ist die Versicherung gegen Verletzungen und Krankheiten abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

15.2 Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

15.3 Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.