

Individuelles Angebot

Es betreut Sie

Inhalt

Absicherungsempfehlung zur Berufsunfähigkeitsversicherung	1 - 7
Verlaufswerte zur Berufsunfähigkeitsversicherung	8 - 11
Hinweise zur Krankentagegeld-Versicherung	12 - 12
Antrag	13 - 30
Hinweiseiten	31 - 46
Beratungsbogen	47 - 52
Einwilligungserklärung zur Telefon- und E-Mail-Werbung für Kunden	53 - 53
Verbraucherinformationen gemäß VVG zur Berufsunfähigkeitsversicherung	54 - 109
Verbraucherinformationen gemäß VVG zur Krankenversicherung	110 - 127



Ihre persönliche Absicherungsempfehlung für eine NÜRNBERGER Berufsunfähigkeitsversicherung



Versicherungsnehmer und versicherte Person

Name	
Anschrift	
Geburtsdatum	01.01.1994
Ausgeübte Tätigkeit	Assistenzarzt/-ärztin
Höchste Qualifikation	Master / Diplom / Magister / Staatsexamen / Promotion
Bürotätigkeit	40 - 59 %
Leitungsfunktion	keine
Berufsstand	Angestellter
Berufsgruppe	2
Nikotinkonsum	nein

Versicherungsdaten

Tarif	SBU3121DC+ABZ2022+B (BUZ2021P)+TG6
Beginn der Versicherung	01.08.2024, Alter: 30 Jahre
Ablauf der Berufsunfähigkeitsversicherung	01.08.2061, Alter: 67 Jahre
Ablauf der Krankentagegeldversicherung (Ihr Vertrag verlängert sich jeweils automatisch um 1 Jahr)	31.12.2024
Ende der Beitragszahlung für die Berufsunfähigkeitsversicherung	01.08.2061
Jährliche Dynamik (NÜRNBERGER Plus)	5 %
Überschussverwendung der Berufsunfähigkeitsversicherung	Beitragsabzug

So funktioniert das mit den Überschüssen

Sie sollen jederzeit Ihre versicherte Leistung erhalten können. Daher kalkulieren wir für Sie sorgfältig. So erwirtschaften wir auch Überschüsse, an denen wir Sie beteiligen. Die Höhe der Überschüsse hängt z. B. davon ab, wie viele Leistungen in welcher Höhe für alle Versicherten ausgezahlt werden. Und natürlich auch davon, wie sich die Kosten und der Kapitalmarkt entwickeln. Jedes Jahr ermitteln wir diese Überschüsse neu. Sie können daher nicht garantiert werden.

Sie haben den Beitragsabzug gewählt. Wir verwenden Ihre Überschüsse, um Ihren Beitrag zu reduzieren.

Überschüsse, die während des Leistungsbezugs entstehen, bewirken eine jährliche Erhöhung der fälligen Rente. Im Jahr 2024 würde die Rente durch die Überschüsse um 2,60 % steigen. In anderen Jahren kann sich eine andere oder keine Rentensteigerung ergeben.



Diese Leistungen können Sie von uns erwarten

Hier bekommen Sie einen Überblick, welche Leistungen Sie bei uns im Leistungsfall erhalten.

Ihre Versicherung beginnt am: 01.08.2024

Leistungsbeschreibung	Zeitraum	Zahlweise	Leistung
Bei Berufsunfähigkeit			
Rente	Bis Alter: 67 Jahre	Monatlich	2.500,00 EUR
Bei Arbeitsunfähigkeit			
Rente	Max. 24 Monate	Monatlich	2.500,00 EUR
Bei Ende der Lohnfortzahlung			
Krankentagegeld	Bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit	Täglich	15,00 EUR

Gut zu wissen

Stellen Sie sich vor: Sie zahlen den ersten Beitrag und werden direkt danach berufsunfähig. Und Sie bleiben auch berufsunfähig bis zum Ablauf der Versicherung. Dann zahlen wir Ihnen für die gesamte Dauer Ihres Vertrags die vereinbarte Rente. Dabei kommt eine beachtliche Summe zusammen: insgesamt 1.110.000,00 EUR



Für Sie zusammengefasst

Hier sehen Sie, welche Absicherung wir Ihnen empfehlen und wie hoch Ihre Beiträge zu Beginn sind. Durch die Risikoprüfung können sich die Beiträge allerdings noch mal verändern.

Wir verwenden Überschüsse, um Ihren Beitrag zu verringern. Deshalb ist der Zahlbeitrag geringer als der Tarifbeitrag.

Versicherung	Tarifbeitrag monatlich	Zahlbeitrag monatlich
Berufsunfähigkeitsversicherung mit BetterDoc sowie Beitragsbefreiung für BetterDoc	145,26 EUR	93,04 EUR
Krankentagegeldversicherung	4,59 EUR	4,59 EUR
Gesamt	149,85 EUR	97,63 EUR

Und das ist bei Ihrem Versicherungsschutz immer mit dabei



Spezialisten-Service BetterDoc

Weil Ihre Gesundheit uns wichtig ist! Sollten Sie doch mal krank werden, dann finden Sie mit dem Spezialisten-Service BetterDoc schnell den richtigen Facharzt, eine Zweitmeinung oder die passende Klinik. Denn BetterDoc kennt deutschlandweit die besten Spezialisten – egal worum es gesundheitlich geht. Einfach bei BetterDoc anrufen und beraten lassen. Diesen Service können Sie während der gesamten Dauer der Beitragszahlung unbegrenzt nutzen – unabhängig von einem Leistungsfall.



Gesundheitsplattform Coach:N

Auf in ein gesünderes Leben! Mit der digitalen Gesundheitsplattform Coach:N können Sie sich ganz einfach fit halten – überall, jederzeit und für Sie ohne zusätzliche Kosten. Sie haben Zugriff auf über 3.000 Gesundheitscoachings aus den Bereichen Fitness, Entspannung, Gesundheit und Ernährung.



Nachhaltigkeit

- Wir verringern durch einen klimaneutralen Versand den CO₂-Ausstoß.
- Bei jedem abgeschlossenen Vertrag entscheiden Sie, ob wir einen Baum pflanzen oder an die Bundesvereinigung Lebenshilfe e. V. spenden. Sie haben sich für das Pflanzen eines Baums entschieden.
- Wir investieren verantwortungsvoll und nachhaltig, und zwar in Höhe der Deckungsrückstellung für die Berufsunfähigkeitsversicherung.



Diese Highlights sind bei Ihrer Berufsunfähigkeitsversicherung enthalten

✓ **Vorschuss bei Krebserkrankung „Krebsklausel“**

Eine Sorge weniger: schnelle Hilfe bei einer Krebsdiagnose. Bei schweren Krebserkrankungen zahlen wir Ihnen für einen Zeitraum von bis zu 15 Monaten Vorschüsse in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) – und befreien Sie gleichzeitig von der Pflicht, Beiträge zu zahlen. Hierfür brauchen Sie neben der formlosen BU-Leistungsanzeige nur einen vereinfachten Nachweis einzureichen. Und selbst wenn keine Berufsunfähigkeit vorliegen sollte, müssen Sie diese Vorschusszahlungen nicht zurückzahlen.

✓ **Wiedereingliederungshilfe**

Sie haben eine BU-Rente erhalten und steigen nach einer erfolgreichen Umschulung wieder ins Berufsleben ein. Dann zahlen wir Ihnen die Summe von 6 monatlichen BU-Renten, maximal 15.000 EUR.

✓ **Umorganisationshilfe**

Wenn Sie selbstständig bzw. ein Gesellschafter sind, beteiligen wir uns bei einer Berufsunfähigkeit an den Umorganisationskosten in Höhe von 6 monatlichen BU-Renten, maximal 15.000 EUR.

✓ **Rehabilitationshilfe**

Wenn Sie eine BU-Rente erhalten, unterstützen wir Sie bei der Rückkehr ins Arbeitsleben: Wir übernehmen die Kosten für freiwillige Rehabilitationsmaßnahmen bis zu 1.000 EUR – zum Beispiel für Weiterbildungen, Bewerbertraining, Zusatzqualifikationen oder Sprachkurse.

✓ **Arbeitszeitänderungen „Teilzeitklausel“**

Wir prüfen den Grad Ihrer Berufsunfähigkeit anhand Ihrer regelmäßigen Arbeitszeit. Ihr Vorteil: Wenn Sie während der Vertragsdauer Ihre Arbeitszeit verringert haben, gilt bei der Prüfung Ihre vorherige höhere wöchentliche Arbeitszeit. Und zwar bis 10 Jahre nach der Verringerung. So erfüllen Sie leichter die Kriterien einer Berufsunfähigkeit.

✓ **Leistung bei speziellen Beeinträchtigungen**

Auch wenn Sie nicht berufsunfähig sind, erhalten Sie eine monatliche Zahlung in Höhe der BU-Rente. Und zwar für maximal 24 Monate. Voraussetzung: Sie sind beeinträchtigt, weil Sie dauerhaft einen Rollstuhl brauchen oder hochgradig schwerhörig oder sehbehindert sind.

✓ **Infektionsklausel für alle Berufe**

Wenn Sie Ihren Beruf ganz oder teilweise wegen einer behördlichen Anordnung oder einer gesetzlichen Vorschrift aufgrund einer Infektion für mindestens 6 Monate nicht ausüben können, erhalten Sie von uns die BU-Rente.

Mit der Bereitstellung von Strixner IV® geht die NÜRNBERGER über den gesetzlich vorgegebenen Umfang der vor Vertragsschluss zu erteilenden Informationen hinaus. Damit fördern wir Ihr Verständnis, schaffen so Transparenz und eine rechtsverbindliche Erläuterung der Leistungsinhalte. Informationen finden Sie unter [nuernberger.de/strixneriv](https://www.nuernberger.de/strixneriv)

Mehr Informationen zur Berufsunfähigkeitsversicherung der NÜRNBERGER erhalten Sie auf unserer Internetseite. Nutzen Sie einfach den nebenstehenden QR-Code oder informieren Sie sich unter [nuernberger.de/existenzsicherung/berufsunfaehigkeitsversicherung](https://www.nuernberger.de/existenzsicherung/berufsunfaehigkeitsversicherung)





So können Sie Ihren Vertrag anpassen

Das Leben ist voller Veränderungen. Egal, ob Sie den Beruf wechseln, befördert werden, heiraten oder ein Kind bekommen: Sie können Ihren Vertrag dann einfach anpassen – auch nachdem Sie ihn bereits abgeschlossen haben. Dabei entfällt in den meisten Fällen sogar die Gesundheits- bzw. Risikoprüfung.

Schauen Sie sich einfach mal die Tabelle an. Dort erhalten Sie ganz leicht einen Überblick.



In diesem Fall ...

Sie wollen Ihre BU-Rente erhöhen, ohne einen besonderen Grund dafür zu haben.

ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

Die großen Lebensereignisse, zum Beispiel: Sie heiraten, bekommen ein Kind oder wollen eine Immobilie finanzieren.

ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

Sie schließen eine Ausbildung oder ein Studium ab und starten ins Berufsleben.

Berufseinsteigergarantie

Sie sind als Arbeitnehmer in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt und Ihr Bruttomonatsgehalt steigt um mindestens 5 %.

Karrieregarantie

Sie haben sich bei Antragstellung noch nicht für den AU-Schutz und/oder Pflege-Schutz entschieden?

Upgrade-Option

Sie wechseln den Beruf.

Günstigerprüfung bei Berufswechsel

Ihr Renteneintrittsalter wird von der gesetzlichen Rentenversicherung oder Ihrem berufsständischen Versorgungswerk angehoben.

Verlängerungsgarantie

Sie haben Zahlungsschwierigkeiten.

... können Sie das tun

In den ersten 5 Jahren nach Versicherungsbeginn und vor Ihrem 40. Geburtstag können Sie Ihre BU-Rente einmalig um maximal 50 % auf maximal 3.000 EUR pro Monat erhöhen. Grundlage ist die zuletzt geltende Monatsrente.

Bis zu 12 Monate danach und vor Ihrem 50. Geburtstag können Sie Ihre BU-Rente um maximal 50 % auf maximal 3.000 EUR pro Monat erhöhen. Grundlage ist die zuletzt geltende Monatsrente.

Sie können einmalig vor Ihrem 50. Geburtstag Ihre BU-Rente um maximal 100 % auf maximal 3.000 EUR pro Monat bis zur berufsspezifischen Höchstsumme erhöhen. Grundlage ist die zuletzt geltende Monatsrente.

Alternativ können Sie vereinbaren, dass Ihr Beitrag sich jedes Jahr automatisch um einen bestimmten Prozentsatz erhöht. Dann steigt auch Ihre BU-Rente.

Sie können vor Ihrem 50. Geburtstag Ihre BU-Rente um denselben Prozentsatz erhöhen, um den Ihr Einkommen steigt. Voraussetzung: Ihre monatliche BU-Rente beträgt mindestens 3.000 EUR und nach der Erhöhung maximal 6.000 EUR.

Sie können den AU-Schutz und/oder den Pflege-Schutz in den ersten 5 Jahren nach Versicherungsbeginn und vor ihrem 40. Geburtstag ohne erneute Risikoprüfung nachträglich in den Vertrag einschließen.

Wir prüfen gerne für Sie, ob dadurch Ihr Beitrag sinkt.

Sie können die Dauer der Versicherung entsprechend verlängern, bis maximal 5 Jahre.

Es gibt hierfür verschiedene Möglichkeiten. Wir finden für Sie die passende Lösung.



Für Sie zusammengefasst

Welche Leistungen Sie genau erhalten, können Sie auf den nächsten Seiten nachlesen. Details finden Sie in den Bedingungen. Diese bekommen Sie gerne auf Rückfrage bei Ihrem Vermittler – und natürlich spätestens, bevor Sie den Vertrag abschließen.

Leistung

Berufsunfähigkeitsrente mit 50 %-Klausel	✓
Berufsunfähigkeitsrente mit 25 – 75 %-Klausel	–
Beitragsbefreiung	✓
Arbeitsunfähigkeitsrente	✓
Pflegerente	–
Krankentagegeld	✓
Ernstfallschutz-Zusatzversicherung	–
Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung	–
Dynamik	✓
Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall	–

Das enthalten die einzelnen Leistungen und Optionen im Detail

Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) mit 50 %-Klausel

Sie erhalten eine BU-Rente, wenn Sie voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen berufsunfähig sein werden oder es schon 6 Monate lang waren. Dabei gelten Sie als berufsunfähig, wenn Sie weniger als 50 % Ihres bisherigen Berufs ausüben können – z. B. aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Wir beziehen uns dabei ganz konkret auf Ihren zuletzt ausgeübten Beruf. Das ist optimal für Sie: Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung und prüfen also nicht, ob Sie noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnten.

Berufsunfähigkeitsrente (BU-Rente) mit 25 – 75 %-Klausel

Sie erhalten eine BU-Rente, wenn Sie voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen berufsunfähig sein werden oder es schon 6 Monate lang waren. Dabei gelten Sie als berufsunfähig, wenn Sie Ihren bisherigen Beruf nicht mehr ausüben können – z. B. aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Wir beziehen uns dabei ganz konkret auf Ihren zuletzt ausgeübten Beruf. Das ist optimal für Sie: Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung und prüfen also nicht, ob Sie noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnten.

Wenn Sie zu 25 % bis 74 % berufsunfähig sind, zahlen wir Ihnen eine BU-Rente, die diesem Grad entspricht. Wenn Sie zu 75 % oder mehr berufsunfähig sind, zahlen wir Ihnen die volle BU-Rente.

Beitragsbefreiung

Wenn Sie berufsunfähig werden, übernehmen wir die Beiträge für Sie (gilt nicht für die Krankentagegeldversicherung).



Arbeitsunfähigkeitsrente (AU-Rente)

Sie erhalten eine AU-Rente, wenn Sie schon mindestens 3 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig waren und ein Facharzt bescheinigt, dass Sie noch weitere 3 Monate arbeitsunfähig sein werden. Oder Sie erhalten eine AU-Rente, wenn Sie schon 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig sind. Sie können die AU-Rente bis zu 24 Monate lang erhalten. Diese ist genauso hoch wie die versicherte BU-Rente.

Pflegerente

Wenn Sie pflegebedürftig werden, erhalten Sie zusätzlich eine lebenslange Pflegerente. Diese ist genauso hoch wie die versicherte BU-Rente. Gut zu wissen: Wenn Sie bis zum Ablauf der BU-Versicherung nicht pflegebedürftig werden, können Sie direkt eine Pflegerentenversicherung anschließen. Ihr Vorteil: Sie brauchen dann keine Gesundheitsfragen zu beantworten.

- 📘 Sie haben sich noch nicht für die Pflegerente entschieden? Kein Problem, das können Sie nachholen!
Und zwar in den ersten 5 Jahren nach Versicherungsbeginn und vor Ihrem 40. Geburtstag. (Upgrade-Option)

Krankentagegeld

Gesetzlich ist es so: Wenn Sie mehr als 6 Wochen arbeitsunfähig sind, bekommen Sie von Ihrem Arbeitgeber kein Gehalt mehr. Ab der 7. Woche der Arbeitsunfähigkeit erhalten Sie von uns den vereinbarten Tagessatz. Der Versicherungsschutz endet, wenn die Berufsunfähigkeitsversicherung endet oder wenn Sie berufsunfähig werden.

Ernstfallschutz-Zusatzversicherung

Sie erhalten die vereinbarte Kapitalauszahlung, wenn Sie schwer erkranken. Wir zahlen bei mehr als 50 schweren Erkrankungen. Bei invasiv wachsendem Krebs, Herzinfarkt, Schlaganfall und Multipler Sklerose können Sie unter erleichterten Voraussetzungen bereits eine Teilsumme abrufen. Ihre Kinder (auch ungeborene und Adoptivkinder) sind automatisch kostenfrei mitversichert.

Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung

Wenn Sie durch einen Unfall berufsunfähig werden, erhalten Sie die versicherte Unfall-Berufsunfähigkeitsrente – zusätzlich zu Ihrer regulären Berufsunfähigkeitsrente.

Dynamik

Ihr Beitrag erhöht sich jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Das ist zu Ihrem Vorteil. Denn so steigt auch Ihre BU-Rente jedes Jahr, ohne erneute Risikoprüfung.

Übrigens: Sie können die Dynamik bis zu Ihrem 55. Geburtstag beliebig oft aussetzen – so bleiben Sie ganz flexibel.

Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall

Wenn Sie eine BU-Rente bekommen, steigt diese jährlich um den gewählten Prozentsatz. Das Gleiche gilt, wenn Sie eine AU-, Pflege- oder Bonusrente erhalten.



Verlaufswerte zur Berufsunfähigkeitsversicherung

- Leistungen bei Beitragsfreistellung
- Leistungen bei Kündigung

Bitte beachten Sie:

Die im Folgenden angegebenen Werte sind nur als **unverbindliches Beispiel** der möglichen Entwicklung der Überschussbeteiligung anzusehen und dienen dazu, Ihnen die Auswirkungen unterschiedlicher Marktentwicklungen auf die Überschussbeteiligung zu verdeutlichen.

Die tatsächlich auszahlenden Leistungen sind in aller Regel andere als die dargestellten und können höher oder niedriger sein.



Leistungen bei Beitragsfreistellung

(Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus sind nicht berücksichtigt)

Unter Beachtung bestimmter Mindestsummen kann eine beitragsfreie Fortführung der Versicherung beantragt werden.

Die Tabellenwerte gelten nur bei einem bis zur Beitragsfreistellung leistungsfreien Verlauf.

Beitragsfreie monatliche Rente (in EUR) zum Termin der Beitragsfreistellung	
bei Beitragsfreistellung zum	monatliche Rente
01.08.2025	0,00
01.08.2026	0,00
01.08.2027	51,46
01.08.2028	69,62
01.08.2029	88,43
01.08.2030	124,99
01.08.2031	163,02
01.08.2032	201,28
01.08.2033	238,34
01.08.2034	273,40
01.08.2035	305,55
01.08.2036	336,68
01.08.2037	366,48
01.08.2038	394,86
01.08.2039	421,91
01.08.2040	447,97
01.08.2041	472,02
01.08.2042	494,53
01.08.2043	515,29
01.08.2044	534,39
01.08.2045	551,46
01.08.2046	560,50
01.08.2047	562,48



Beitragsfreie monatliche Rente (in EUR) zum Termin der Beitragsfreistellung	
bei Beitragsfreistellung zum	monatliche Rente
01.08.2048	556,85
01.08.2049	543,35
01.08.2050	522,23
01.08.2051	488,54
01.08.2052	436,90
01.08.2053	364,76
01.08.2054	262,23
01.08.2055	115,05
01.08.2056	0,00
01.08.2057	0,00
01.08.2058	0,00
01.08.2059	0,00
01.08.2060	0,00

Leistungen bei Kündigung

Bei Kündigung endet der Vertrag. Ein garantierter Rückkaufswert wird nicht fällig.



Hinweise zur Krankenversicherung

Antrags- und Risikoprüfung Krankenversicherung

Die Annahme des Angebotes durch die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist abhängig vom Ergebnis der jeweiligen Antrags- und Risikoprüfung.

Es gelten die Allgemeinen Versicherungsbedingungen in der jeweils aktuellen Fassung.



8888638575239690194589



Antrag

NÜRNBERGER Absicherung der Arbeitskraft

Abschlussstelle	Inkassostelle	Betreuungsstelle	Mitarbeiternummer	Antragsnummer	Web-ID
104310146	104310146	104310146	<input type="text"/>	<input type="text"/>	100

NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg

Bei Eintritt einer Berufsunfähigkeit (BU) oder einer BU infolge Pflegebedürftigkeit während der Versicherungsdauer wird die versicherte BU-Rente gezahlt und eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht vorgenommen. Die Leistung erfolgt, solange die BU besteht, längstens bis zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. bis zum Tod der versicherten Person.

Bei Eintritt einer vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit (AU) während der Versicherungsdauer wird eine AU-Rente in Höhe der versicherten BU-Rente gezahlt. Die Leistung erfolgt maximal 24 Monate und solange die AU und keine BU besteht, längstens bis zum Ende der Versicherungsdauer.

Während einer Rentenzahlung besteht eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Eine Rentenzahlung endet spätestens mit dem Tod der versicherten Person.

Weitere Leistungen: Wiedereingliederungshilfe, Rehabilitationshilfe, Leistung bei speziellen Beeinträchtigungen und Umorganisationshilfe für Selbstständige

Details zu den versicherten Leistungen regeln die Bedingungen für die NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung.

NÜRNBERGER Krankentagegeld-Versicherung

bei der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg

Krankentagegeld für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer und Selbstständige

Die hier beantragten und bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG und der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG abgeschlossenen Verträge sind rechtlich selbstständig und werden voneinander unabhängig geführt.

Ein Krankentagegeld für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer und Selbstständige kann jedoch nur im Zusammenhang mit der hier beantragten Komfort-Berufsunfähigkeitsrenten-Versicherung bestehen.

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Persönliche Daten

Versicherungsnehmer (VN) / Antragsteller sowie Versicherte Person (VP)

*Freiwillige Angaben

Name	<input type="text"/>	Titel		<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich		
Straße <small>(Hauptwohnsitz)</small>	<input type="text"/>	Haus-Nr. <small>(Hauptwohnsitz)</small>		<input type="text"/>
Land <small>(Hauptwohnsitz)</small>	Deutschland	Postleitzahl <small>(Hauptwohnsitz)</small>		<input type="text"/>
Ort <small>(Hauptwohnsitz)</small>	<input type="text"/>			
Geburtsdatum	01.01.1994	Eintrittsalter	30 Jahre	
Geburtsort	<input type="text"/>	Geburtsland	<input type="text"/>	
Staatsangehörigkeit	<input type="text"/>			
Familienstand	<input type="checkbox"/> Ledig <input type="checkbox"/> Verheiratet <input type="checkbox"/> Verwitwet <input type="checkbox"/> Geschieden <input type="checkbox"/> Eingetragene Lebenspartnerschaft			
E-Mail-Adresse*	<input type="text"/>			
Telefon 1*	<input type="text"/>	Telefon 2*	<input type="text"/>	
Ausgeübte Tätigkeit	Assistenzarzt/-ärztin			
Berufsgruppe	2	<input type="text"/>		
Bereits Kunde der NÜRNBERGER	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja		NÜRNBERGER Vertragsnummer	<input type="text"/>

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Versicherungstechnische Daten

Bei Berufsunfähigkeit bzw. bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit:

- Beitragsbefreiung
- Eine monatliche Rente

Bei Arbeitsunfähigkeit (ohne Berufsunfähigkeit/Pflegebedürftigkeit):

- Beitragsbefreiung
- Eine monatliche Arbeitsunfähigkeitsrente

Vertragsbeginn	01.08.2024	Produktlinie	Komfort
Tarifbezeichnung	SBU3121DC + ABZ2022 + B	Garantierte jährliche Rentensteigerung	0,0 %
Vertragsdauer	bis 01.08.2061 / bis Endalter der versicherten Person 67	Karenzzeit	keine
Beitragszahlungsdauer	bis 01.08.2061 / bis Endalter der versicherten Person 67	Nikotinkonsum	Nein
Jährliche Rente	30.000,00 EUR	Vorrang hat	<input checked="" type="checkbox"/> Leistung <input type="checkbox"/> Beitrag
Überschussverwendung	Abzug vom Beitrag		
Engagement für Nachhaltigkeit	Baum in Deutschland pflanzen	Versandart	Nachhaltiges Papier

Bausteine

Beitragsbefreiung und monatliche Rente bei Berufsunfähigkeit (infolge von Pflegebedürftigkeit)	Ja
Beitragsbefreiung und monatliche Rente bei Arbeitsunfähigkeit (nicht bei Berufs-/Pflegebedürftigkeit)	Ja
Lebenslange monatliche Pflegerente bei Pflegebedürftigkeit	Nein
Garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall	Nein
Spezialisten-Service	Ja

Anfänglicher (Gesamt-)Beitrag für Ihre Vorsorge

Tarifbeitrag monatlich	145,26 EUR	Zahlbeitrag monatlich	93,04 EUR¹⁾
------------------------	-------------------	-----------------------	-------------------------------

¹⁾ Zahlbeitrag gemäß derzeitiger Überschussbeteiligung. Der Zahlbeitrag kann nicht über die gesamte Laufzeit garantiert werden und verringert oder erhöht sich, wenn sich die Überschussätze ändern. Beachten Sie dazu bitte auch die Erläuterungen auf den Hinweisseiten.

Absicherung der Arbeitskraft

Tarifbezeichnung	B (BUZ2021P)	Karenzzeit	keine
Vertragsdauer	bis 01.08.2061 / bis Endalter 67	Beitragszahlungsdauer	bis 01.08.2061 / bis Endalter 67
Überschussverwendung	Abzug vom Beitrag		

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





NÜRNBERGER Plus

Vereinbart sind planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Versicherungsleistungen. Siehe Erläuterungen auf den Hinweisseiten!

Der Beitrag erhöht sich jährlich um 5 %.

Anderer Erhöhungsmaßstab: %

Bezugsberechtigung für alle Versicherungsleistungen

solange die (haupt)versicherte Person lebt	nach deren Tod
<input type="checkbox"/> versicherte Person	<input type="checkbox"/> Ehegatte der (haupt)versicherten Person, mit dem sie bei ihrem Ableben verheiratet war
	<input type="checkbox"/> nach gesetzlicher Erbfolge
	<input type="checkbox"/>

Ausschlüsse

Sonstige Vermerke

Ja Nein

Abbuchung zum 10. eines Monats

Abbuchung zum 20. eines Monats

Versand über Agentur

Großer Versicherungsschein

Im Rahmen der Antragsstellung wird ein bestehender Vertrag bei der NÜRNBERGER aufgehoben oder gekündigt.

Hinweise

Mit Strixner IV® erteilt die NÜRNBERGER über die nach §§ 1,2 VVG-InfoV gebotenen hinaus zusätzliche Informationen über rechtliche Hintergründe, Vertragsinhalte und ihre Umsetzungspraxis. Die NÜRNBERGER hat dafür einzustehen, dass diese redlich, eindeutig und nicht irreführend sind. Deshalb ist Strixner IV® rechtsverbindlich. Strixner IV® finden Sie dauerhaft unter www.nuernberger.de/strixneriv.

Antrag Krankentagegeld für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer und Selbstständige

Krankentagegeld mit einer Karenzzeit von 6 Wochen für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Karenzzeit.

Technische Daten

Versicherte Person	<input type="text"/>		
Tarifbezeichnung	TG6	Tagessatz	15 EUR
Vertragsbeginn	01.08.2024	Beitrag Tarif TG6	monatlich 4,59 EUR
Vertragsdauer	Bitte beachten Sie die "Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag (Krankenversicherung)"!		

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Beitragszahlung

Beiträge

Berufsunfähigkeits-Versicherung	Zahlweise: monatlich	Zahlbeitrag 93,04 EUR
Krankentagegeld-Versicherung	Zahlweise: monatlich	4,59 EUR

Zahlbeitrag gemäß derzeitiger Überschussbeteiligung. Der Zahlbeitrag kann nicht über die gesamte Laufzeit garantiert werden und verringert oder erhöht sich, wenn sich die Überschussätze ändern. Beachten Sie dazu bitte auch die Erläuterungen auf den Hinweisseiten.

Zahlweg

<input type="checkbox"/> Lastschrift	<input type="checkbox"/> Dauerauftrag
--------------------------------------	---------------------------------------

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





SEPA-Lastschriftmandat

Konzerngesellschaft	Gläubiger-Identifikations-Nr.
<input checked="" type="checkbox"/> NÜRNBERGER Lebensversicherung AG	DE96ZZZ00000022103
<input type="checkbox"/> NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG	DE39ZZZ00000044954
<input type="checkbox"/> NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	DE26ZZZ00000022102
<input checked="" type="checkbox"/> NÜRNBERGER Krankenversicherung AG	DE14ZZZ000000057335
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg	

Mit diesem Formular **ermächte** ich die vertragsführende Konzerngesellschaft zum Lastschrifteinzug. Diese wird mich rechtzeitig vor dem ersten Einzug einer SEPA-Lastschrift informieren und mir meine Mandatsreferenznummer(n) mitteilen.

Kontoinhaber

Kontoinhaber = Versicherungsnehmer

Daten des Kontoinhabers (nur auszufüllen, wenn nicht Versicherungsnehmer)

(Familien-)Name	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich <input type="checkbox"/> Firma
Straße (Hauptwohnsitz)	<input type="text"/>	Haus-Nr. (Hauptwohnsitz)	<input type="text"/>
Land (Hauptwohnsitz)	<input type="text"/>	Postleitzahl (Hauptwohnsitz)	<input type="text"/>
Ort (Hauptwohnsitz)	<input type="text"/>		

Ich ermächte die oben genannte Konzerngesellschaft, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Konzerngesellschaft auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen. Ich bin damit einverstanden, dass mir der SEPA-Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

Hinweis: Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung

Wiederkehrende Lastschrift Einmallastschrift

IBAN	<input type="text"/>
Geldinstitut	<input type="text"/>
BIC (sofern zur Hand)	<input type="text"/>

Wichtig: Das SEPA-Lastschriftmandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Datum	Unterschrift des Kontoinhabers
<input type="text"/>	<input type="text"/>

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern.

Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Erklärungen der versicherten Person

(RFT1 2)

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit **Ja** oder **Nein**.

Ausgeübte Tätigkeit

Welche Tätigkeit üben Sie aus?	Assistenzarzt/-ärztin	
--------------------------------	-----------------------	--

Berufs- oder Freizeitrisiko

Ja Nein

Sind Sie im Beruf oder in der Freizeit Gefahren ausgesetzt (z. B. Umgang mit explosiblen oder radioaktiven Stoffen, Motorsportaktivitäten, Fallschirmspringen, Flugsport einschließlich Gleitschirmfliegen oder Hängegleiten, Kampfsport, Tauchsport, Reitsport oder Bergsport ausgenommen Wandern)? Falls ja, welchen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Auslandsaufenthalt

Ja Nein

Sind in den nächsten 12 Monaten Auslandsaufenthalte von mehr als 3 Monaten Dauer oder in Krisengebieten (Erläuterung siehe Folgeseiten) vorgesehen? Falls ja, wo, Zeitraum und Grund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Gesamtversicherungsschutz

Ja Nein

Wurden in den letzten 5 Jahren Lebensversicherungen, Dread-Disease-Versicherungen (Leistung bei schwerer Erkrankung) bzw. Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerenten-Versicherungen zurückgestellt, abgelehnt oder erschwert angenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, weshalb?		
Wann? Bei welchem Unternehmen?		
Bestehen bereits Versicherungen auf Ihr Leben (einschließlich Berufs-/Erwerbs-/Schulunfähigkeits-, Grundfähigkeits-, Erwerbsausfall-, Dread-Disease- oder Pflegerenten-Versicherungen) oder wurden in den letzten 5 Jahren bzw. werden zeitgleich solche beantragt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Art der Versicherung #1:			
Welches Unternehmen #1:			
Höhe der Versicherungssumme #1:	<input type="text"/>	EUR monatliche Rente	<input type="text"/>
			EUR Kapitaleistung
Wann hat diese begonnen #1:			
Wie ist der aktuelle Vertragsstatus #1:	<input type="checkbox"/> bereits bestehend <input type="checkbox"/> aktuell mit beantragt		
Was geschieht mit diesem Vertrag #1:	<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> bleibt weiterhin bestehen		

Art der Versicherung #2:			
Welches Unternehmen #2:			
Höhe der Versicherungssumme #2:	<input type="text"/>	EUR monatliche Rente	<input type="text"/>
			EUR Kapitaleistung
Wann hat diese begonnen #2:			
Wie ist der aktuelle Vertragsstatus #2:	<input type="checkbox"/> bereits bestehend <input type="checkbox"/> aktuell mit beantragt		
Was geschieht mit diesem Vertrag #2:	<input type="checkbox"/> Kündigung <input type="checkbox"/> bleibt weiterhin bestehen		

Zusatzfrage Krankenversicherung

Wo sind Sie aktuell krankenversichert?	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Gesetzlich <input type="checkbox"/> Privat	

Einkommen

Wie hoch ist Ihr Bruttoarbeitslohn der letzten 12 Monate (bei Selbstständigen Gewinn bzw. Jahresüberschuss)?	6.000,00 EUR
--	---------------------

Tätigkeitsmerkmale:

Welchen Berufsstand haben Sie?	
<input checked="" type="checkbox"/> Angestellter	<input type="checkbox"/> Hausfrau
<input type="checkbox"/> Angestellter, öffentlicher Dienst	<input type="checkbox"/> Lehramtsstudent
<input type="checkbox"/> Arbeiter	<input type="checkbox"/> Nicht erwerbstätig
<input type="checkbox"/> Arbeitsloser	<input type="checkbox"/> Polizist
<input type="checkbox"/> Auszubildender	<input type="checkbox"/> Praktikant
<input type="checkbox"/> Beamtenanwärter	<input type="checkbox"/> Schüler
<input type="checkbox"/> Beamter	<input type="checkbox"/> Selbstständiger
<input type="checkbox"/> Bundespolizist	<input type="checkbox"/> Selbstständiger (GRV-pflichtig)
<input type="checkbox"/> Freiberufler	<input type="checkbox"/> Selbstständiger (Versorgungswerk)
<input type="checkbox"/> Freier Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> Soldat
<input type="checkbox"/> Freiwillig Wehrdienstleistende/BFD	<input type="checkbox"/> Student

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Was ist Ihre höchste Qualifikation ?	
<input checked="" type="checkbox"/> Master/Diplom/Magister/Staatsexamen/Promotion	<input type="checkbox"/> Weiterbildung zum Techniker/Fach-/Betriebswirt
<input type="checkbox"/> Bachelor	<input type="checkbox"/> Abgeschlossene (oder in) Berufsausbildung
<input type="checkbox"/> Meisterprüfung	<input type="checkbox"/> sonstige/keine
Wie hoch ist der Anteil Ihrer Bürotätigkeit ?	
<input type="checkbox"/> 0-39 %	<input type="checkbox"/> 60-79 %
<input checked="" type="checkbox"/> 40-59 %	<input type="checkbox"/> 80-100 %
Wie hoch ist Ihre Leitungsfunktion ?	
<input checked="" type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 10-30 Mitarbeiter
<input type="checkbox"/> 1-9 Mitarbeiter	<input type="checkbox"/> >30 Mitarbeiter

Angaben zum Gesundheitszustand

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen mit **Ja** oder **Nein**.

In Klammern sind einige Beispiele genannt, um Ihnen die Beantwortung der Fragen zu erleichtern. Es handelt sich jeweils nicht um eine vollständige Auflistung. Bitte geben Sie auch Sachverhalte an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen. Evtl. durchgeführte Gentests müssen im Folgenden nicht angegeben werden.

Körpermaße

Körpergröße	<input type="text"/>	cm	Gewicht	<input type="text"/>	kg
-------------	----------------------	----	---------	----------------------	----

Gesundheit

Ja Nein

1. Bestehen oder bestanden in den letzten 5 Jahren Krankheiten, Beschwerden oder Funktionsstörungen		
a) des Herzens, Kreislaufs, der Gefäße (z. B. ärztlich festgestellter erhöhter Blutdruck, Herzinfarkt, Herzfehler, Rhythmusstörung, Schlaganfall, Krampfader, Durchblutungsstörungen, Thrombose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) der Lunge, Bronchien, Luftröhre, Nase (z. B. Asthma, chronische Bronchitis, Schlafapnoe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) der Speiseröhre, des Magens, Darms, der Leber, Bauchspeicheldrüse, Galle, Milz (z. B. Magengeschwür, Morbus Crohn, Colitis ulcerosa, Hepatitis, erhöhte Leberwerte)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) der Nieren, Harnwege, Geschlechtsorgane, Brust (z. B. Nierenfunktionsstörung, Nierensteine, Zystennieren, Blut- oder Eiweißausscheidung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) des Stoffwechsels, Blutes, der Lymphknoten, Schilddrüse (z.B. Zuckerkrankheit, erhöhte Blutwerte, Gicht, Anämie, Gerinnungsstörung, Leukämie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) des Gehirns, Nervensystems (z.B. Multiple Sklerose, Epilepsie, Migräne, Lähmung, chronische Schmerzen, Parkinson)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) der Knochen, Gelenke, Muskeln, Sehnen oder Bänder sowie Wirbelsäule, Bandscheiben (z. B. Amputation, Bewegungseinschränkung, Gelenkfehlstellung, Meniskusris, Bandscheibenvorwölbung, Rheuma, Fibromyalgie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) der Augen (z. B. Linsentrübung, Augenfehlstellung, erhöhter Augendruck, Netzhauterkrankung, Keratokonus, Sehnerventzündung) bzw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Fehlsichtigkeit über 6 Dioptrien: links <input type="text"/> rechts <input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) der Ohren (z. B. Hörminderung, Hörsturz, Tinnitus, Gleichgewichtstörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) der Haut oder Allergien (z. B. Abszess, Ekzem, Neurodermitis, Schuppenflechte, Hausstaub-, Pollen-, Tierhaar-, Nahrungsmittel- oder berufsbedingte Allergie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





		Ja	Nein
l) gutartige Tumorerkrankungen (z. B. Zyste, Adenom)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Infektionskrankheiten, Geschlechtskrankungen, Autoimmunerkrankungen (z. B. Malaria, Lupus erythematodes, Sklerodermie, Tuberkulose, Borreliose)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) der Psyche (z. B. Depression, Angststörung, Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom, psychosomatische Störung), Suchterkrankung (z. B. Einnahme von Drogen oder Betäubungsmitteln, Folgen von Alkoholgenuss)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Bestehen oder bestanden bösartige Tumorerkrankungen (z. B. Krebs), erfolgte ein Selbsttötungsversuch oder wurde bei Ihnen eine HIV-Infektion festgestellt (positiver Aidstest)?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sind Sie in den letzten 5 Jahren durch Ärzte oder andere Behandler (z. B. Heilpraktiker, Psychotherapeuten) untersucht, beraten oder behandelt worden?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von welchen (Anschrift und Fachrichtung)?			
Name	<input type="text"/>	Titel <input type="text"/>	
Vorname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Männlich <input type="checkbox"/> Weiblich	
Straße	<input type="text"/>	Haus-Nr. <input type="text"/>	
Land	<input type="text"/>	Postleitzahl <input type="text"/>	
Ort	<input type="text"/>		
Fachrichtung:	<input type="text"/>		
Wann und Weshalb?	<input type="text"/>		
Wurden in den letzten 12 Monaten verschreibungspflichtige Arzneimittel (z. B. Blutdruckmittel, Asthmaspray, entzündungshemmende Medikamente, Schilddrüsentabletten) verordnet bzw. eingenommen?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? Wann? Weshalb?	<input type="text"/>		
4. Erfolgt in den letzten 5 Jahren Operationen, Krankenhaus- bzw. Kuraufenthalte oder haben Sie einen Unfall, Verletzungen oder Vergiftungen erlitten?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Besteht oder bestand in den letzten 5 Jahren eine Minderung der Erwerbsfähigkeit (M. d. E.), Wehrdienstbeschädigung (WDB), ein Pflegegrad, ein Grad der Behinderung (G. d. B.) oder wurde ein entsprechender Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Falls ja, machen Sie bitte nähere Angaben hierzu und reichen Sie uns den entsprechenden Bescheid mit Angabe der Diagnose/n ein.			
<input type="text"/>			
<input type="text"/>			
Nikotinkonsum		Ja	Nein
Haben Sie in den letzten 12 Monaten (elektrische) Zigaretten, (elektrische) Zigarren, (elektrische) Zigarillos, (elektrische) Pfeifen genossen bzw. Nikotin in anderer Form (z. B. Kautabak, Schnupftabak), gleichgültig in welcher Menge, aktiv zu sich genommen?		<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Beiblätter

Ja Nein

Bitte machen Sie nähere Angaben, falls eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet wurden (z. B. Art, Verlauf, Folgen, Zeitraum, Behandelnde Ärzte, Heilpraktiker, Therapeuten, Krankenhäuser, andere Einrichtungen der medizinischen Versorgung).

Haben Sie zu diesem Zweck Beiblätter beigelegt?

Anzahl

Angaben zum Arzt

Name, Anschrift und Fachrichtung des Arztes, der am besten über Ihre Gesundheitsverhältnisse unterrichtet ist:

Name	<input type="text"/>	Titel	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Männlich	<input type="checkbox"/> Weiblich
Straße	<input type="text"/>	Haus-Nr.	<input type="text"/>
Land	<input type="text"/>	Postleitzahl	<input type="text"/>
Ort	<input type="text"/>		
Fachrichtung:	<input type="text"/>		

Zusätzliche Angaben

Frage Nr.	Krankheiten, Beschwerden, Ursache der Erwerbsminderung usw.	Art der Behandlung (z. B. Operation, Bestrahlung), bestehen Folgen?	Beginn/Ende von Krankheit, Behandlung, Krankenhausaufenthalt, Arbeitsunfähigkeit usw.	Name und Anschrift der Ärzte, Krankenhäuser, Heilstätten, Gesundheitsämter u. Ä.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Zu Ihrer Absicherung können Sie sich die Vollständigkeit der Angaben zum Gesundheitszustand durch Unterschrift des behandelnden Arztes bestätigen lassen. Diese Bestätigung erfolgt auf freiwilliger Basis und ist keine Voraussetzung für die Bearbeitung Ihres Antrags/Ihrer Anträge.

Vorbehaltlich der Ausübung der für diesen Vertrag bestehenden "Wechselmöglichkeit nach Rechnungsziinsänderung 01.2025" mache ich die hier gemachten Risiko- und Gesundheitsangaben zum Bestandteil des Folgevertrages.

LV-Antrag von Antragsteller _____

geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die jeweils vertragsführende Gesellschaft, die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. NÜRNBERGER Krankenversicherung AG - nachfolgend NÜRNBERGER genannt -, daher Ihre datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en). Darüber hinaus benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebens- bzw. Krankenversicherung benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler, unsere IT-Dienstleister und Rückversicherer, weiterleiten zu dürfen.

Es steht Ihnen frei, die datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en) und Schweigepflichtentbindung(en) nicht abzugeben oder jederzeit später mit Wirkung für die Zukunft unter der angegebenen Adresse zu widerrufen. Wir weisen jedoch darauf hin, dass ohne die datenschutzrechtliche(n) Einwilligung(en) und Schweigepflichtentbindung(en) der Abschluss oder die Durchführung des Versicherungsvertrags in der Regel nicht möglich sein wird.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die NÜRNBERGER selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2. und 5.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die NÜRNBERGER die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die NÜRNBERGER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Möglichkeit I:

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER - soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu 10 Jahren vor Antragstellung an die NÜRNBERGER übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang - soweit erforderlich - meine Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die NÜRNBERGER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Möglichkeit II:

- Ich wünsche, dass mich die NÜRNBERGER in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich
- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die NÜRNBERGER einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die NÜRNBERGER einwillige
 - oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von 5 Jahren bzw. bei der Krankenversicherung von 3 Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu 10 Jahre nach Vertragsschluss für die NÜRNBERGER konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

- Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. - Möglichkeit I).

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





2.3. Austausch von Gesundheitsdaten zwischen den vertragsführenden Gesellschaften der NÜRNBERGER bei Abschluss von TG6 bei der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Für die einheitliche Risikobeurteilung, die Vertragsverwaltung oder Leistungsfallprüfung ist es bei Abschluss von mehreren Verträgen, deren Absicherung sich ergänzt bzw. aufeinander aufbaut, notwendig, Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen innerhalb der NÜRNBERGER zwischen den betroffenen Unternehmen (NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG) auszutauschen. Besonderer vertraglicher Zweck ist dann auch die gesellschaftsübergreifende, nahtlos anschließende Absicherung.

Werden solche Versicherungsverträge beantragt, findet im Rahmen der Risikobeurteilung zunächst eine Prüfung des gemeinsamen Antrags durch das Lebensversicherungsunternehmen statt. Bei Annahmefähigkeit des Antrags durch das Lebensversicherungsunternehmen wird der Antrag, verbunden mit Informationen über die Annahmefähigkeit an das Krankenversicherungsunternehmen weitergeleitet. Dies gilt ebenso für nachträgliche Meldungen von Gesundheitsdaten zum Versicherungsantrag, auch wenn diese beim Krankenversicherungsunternehmen eingehen. Sie werden dann an das Lebensversicherungsunternehmen weitergeleitet.

Wird ein geeigneter Tagegeldtarif erst zu einem späteren Zeitpunkt abgeschlossen, wird das Lebensversicherungsunternehmen, bei dem bereits ein geeigneter Tarif besteht, über das Zustandekommen des Tagegeldtarifs informiert. Das Bestehen eines solchen Krankentagegeldtarifs wird dort vermerkt.

Dauert die Arbeitsunfähigkeit voraussichtlich länger als sechs Monate an, werden die bereits in der Krankenversicherung vorhandenen Gesundheitsdaten an das betreffende Unternehmen der Lebensversicherung übermittelt, um die schnelle Bearbeitung eines Antrags auf Leistungen aus der Berufsunfähigkeit zu ermöglichen. Sie werden hierzu gesondert informiert.

Im Leistungsfall übermittelt das Lebensversicherungsunternehmen Gesundheitsdaten und Informationen über Eintritt, Verlauf und Ende der Berufsunfähigkeit zur einheitlichen Begutachtung.

Das Krankenversicherungsunternehmen tauscht im Leistungsfall mit dem Unternehmen der Lebensversicherung Daten zu Leistungszeitraum und Leistungshöhe der geleisteten Krankentagegeldzahlung aus.

Im Falle einer Vertragsänderung bzw. Vertragsbeendigung tauschen die vertragsführenden Unternehmen Informationen zu Zeitpunkt und Grund der Änderung bzw. Beendigung der betroffenen Verträge aus.

Wird eine Überprüfung der Einhaltung der vorvertraglichen Anzeigepflichten notwendig, so sind die Ergebnisse für den Fall des gemeinsamen Abschlusses beider Verträge im Rahmen der rechtlichen Zulässigkeit für beide Verträge relevant. In diesem Fall werden die diesbezüglichen Daten und Ergebnisse zwischen den Unternehmen ausgetauscht.

Die NÜRNBERGER benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung. Diese Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung der Versicherungsverträge unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER - soweit es für die oben beschriebene, einheitliche Risikobeurteilung, die Vertragsverwaltung oder Leistungsfallprüfung erforderlich ist - meine erforderlichen Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützten Daten zwischen den betroffenen Gesellschaften zweckgebunden austauscht und befreie die für die NÜRNBERGER tätigen Personen insoweit auch von ihrer Schweigepflicht.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der NÜRNBERGER

Die NÜRNBERGER verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die NÜRNBERGER benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung, wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die NÜRNBERGER zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die NÜRNBERGER tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die NÜRNBERGER führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die NÜRNBERGER Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die NÜRNBERGER führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die NÜRNBERGER erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet (unter www.nuernberger.de/datenschutz) eingesehen oder (bei NÜRNBERGER, 90334 Nürnberg, Telefon 0911 531-5, info@nuernberger.de) angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die NÜRNBERGER Ihre Einwilligung.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die NÜRNBERGER dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherungsgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die NÜRNBERGER Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die NÜRNBERGER Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die NÜRNBERGER aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die NÜRNBERGER das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet. Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die NÜRNBERGER unterrichtet.

Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten - soweit erforderlich - an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die NÜRNBERGER tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die NÜRNBERGER gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen - soweit erforderlich - an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





4. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die NÜRNBERGER Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Ihre Daten werden bei der NÜRNBERGER bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER meine Gesundheitsdaten - wenn der Vertrag nicht zustande kommt - für einen Zeitraum von 3 Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

5. Abfrage bei Auskunfteien

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken, der Prüfung der Leistungspflicht und der Vertragsverwaltung können auch Daten zur Bonität oder aus Scoringverfahren erforderlich sein. Die NÜRNBERGER benötigt hierzu Ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung. Sie können Ihre Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen.

Ich willige ein, dass die NÜRNBERGER bei Vertragsabschluss, im Rahmen der Vertragsabwicklung sowie bei Zahlungsverzug Informationen über mein allgemeines Zahlungsverhalten von einer Auskunftei (z. B. Bürgel, Infoscore, Creditreform) einholt und nutzt. Ebenso willige ich ein, dass zum gleichen Zweck von der informa HIS GmbH oder ggf. weiteren vergleichbaren Unternehmen eine in einem Scorewert zusammengefasste Einschätzung meiner Zahlungsfähigkeit, die auf der Grundlage mathematisch-statistischer Verfahren (beruhend auf Erfahrungswerten) erzeugt wird, eingeholt und genutzt wird. Insoweit entbinde ich die für die NÜRNBERGER tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Unterschrift des Antragstellers

Bevor Sie dieses Antragsformular unterschreiben, lesen Sie bitte auf den Folgeseiten die "Wichtigen Erklärungen des Antragstellers", die "Wichtigen Hinweise zum Antrag" und die "Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag". Sämtliche Erklärungen sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit Ihrer Unterschrift machen Sie diese Erklärungen zum Inhalt Ihres Antrags/Ihrer Anträge.

Es besteht ggf. vorläufiger Versicherungsschutz gemäß der "Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz".

Die Risikoprüfung der NÜRNBERGER bewertet Ihre Angaben. Bitte beantworten Sie alle zum Ausfüllen und/oder Ankreuzen vorgesehenen Textfelder im Antrag vollständig und richtig. Geben Sie auch solche Umstände genau an, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen, wie z. B. Ihren Namen oder Ihr Geburtsdatum. Nur so stellen Sie sicher, dass Ihr Versicherungsschutz auch tatsächlich wirksam ist. Verletzen Sie diese vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die NÜRNBERGER unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern. Bitte beachten Sie hierzu die gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht) auf den Folgeseiten.

Ihre Unterschrift(en) (Vor- und Zuname) - gilt/gelten für alle hier beantragten Verträge!

Ort		Datum	
Unterschrift des Antragstellers			

Verbraucherinformationen

Bevor Sie den Erhalt der Verbraucherinformationen bestätigen, lesen Sie bitte die "Information zur Antragstellung" auf den Folgeseiten. Die Verbraucherinformationen habe ich in der gewünschten Form (z. B. Papier oder dauerhafter Datenträger wie E-Mail, USB-Stick) vollständig erhalten und bin mit der Aushändigung in dieser Form einverstanden.

Ort		Datum	
Unterschrift des Antragstellers			

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





Raum für Vermerke des Vermittlers

Hinweis zu den Gesundheitsfragen

Die Gesundheitsfragen wurden vom Antragsteller/der zu versichernden Person selbst ausgefüllt.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Für die Gesundheitsfragen wurden zusätzlich gesonderte Beiblätter verwendet.	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Verbraucherinformationen

Ich habe dem Antragsteller bzw. dessen gesetzlichen Vertreter(n) die Verbraucherinformationen in folgender Form zur Verfügung gestellt:

Papier Datenträger (z. B. gebrannte CD, USB-Stick) E-Mail

Bestätigung

Die Richtigkeit der obigen Angaben wird hiermit bestätigt. Ich bescheinige ferner, dass nach Prüfung der Angaben die Unterschriften im Antrag eigenhändig geleistet wurden und versichere, dass mir keine den schriftlichen Antragserklärungen widersprechenden Umstände bekannt sind. Insbesondere erkläre ich hiermit, dass alle Angaben des Antragstellers/der versicherten Person(en) zu seinen/ihren gesundheitlichen Verhältnissen wertungsfrei in den Antrag aufgenommen wurden.

Ort	_____	Datum	_____
Unterschrift des Vermittlers		_____	

Vermittelt durch:

Name	_____
Ansprechpartner	_____
Straße	_____
Haus-Nr.	_____
Land	_____
Postleitzahl	_____
Ort	_____
E-Mail	_____
Telefon 1	_____
Telefon 2	_____
Fax	_____

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31





In Kooperation mit:

Name	
Straße	
Haus-Nr.	
Land	
Postleitzahl	
Ort	

LV-Antrag von Antragsteller _____ geb. am 01.01.1994

privat # SBU # NLV/NKV # 001 # J # N # 0000 # NLV_BU_C_AU_31



Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG

Anzeigepflicht

X880_001_202203

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle hier beantragten Versicherungen und Zusatzversicherungen mit Ausnahme von Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt.

Für Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt ausschließlich die Belehrung auf den Folgeseiten.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gesellschaft kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Ich habe dann Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswerts.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Der Versicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern dies bedingungsgemäß oder gesetzlich vorgesehen ist und die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Kündigungsrechts.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

Wurde die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, verzichtet die Gesellschaft bedingungsgemäß auf die Ausübung ihres Rechts auf Vertragsänderung.

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

X880_001_202203 M-DOK

Seite 1 von 4

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder

arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

Beachten Sie bitte ggf. auch die „Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)“ zu Kranken(Zusatz-)Versicherungen auf den Folgeseiten.

Gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG

Anzeigepflicht

X880_001_202203

Mir ist bekannt, dass die nachfolgende Belehrung für alle hier beantragten Kranken-(Zusatz-)Versicherungen gilt.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben unter Umständen je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten, kündigen oder ändern und ggf. Leistungen (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) verweigern kann.

Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Habe ich die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt, kann die Gesellschaft dann nicht zurücktreten, wenn sie den Vertrag bei Kenntnis der Umstände zu anderen Bedingungen geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht lediglich einfach fahrlässig oder schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Die Kündigung hat zur Folge, dass der Vertrag für die Zukunft beendet wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen der Gesellschaft rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht der Gesellschaft kein Recht zur Vertragsänderung zu.

Die Vertragsänderung kann (auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle) zum Ausschluss des Versicherungsschutzes und damit der Leistungspflicht führen.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen.

Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrags durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen.

Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.



Datenschutzhinweise

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die NÜRNBERGER Versicherung* und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

NÜRNBERGER Versicherung*
Ostendstraße 100,
90334 Nürnberg
Telefon: 0911 531-5,
Fax: 0911 531-3206
E-Mail-Adresse: info@nuernberger.de

Unseren **Datenschutzbeauftragten** erreichen Sie per Post unter der o. g. Adresse mit dem Zusatz – Datenschutzbeauftragter – oder per E-Mail unter: datenschutzbeauftragter@nuernberger.de

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze. Darüber hinaus hat sich unser Unternehmen auf die „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ verpflichtet, die die oben genannten Gesetze für die Versicherungswirtschaft präzisieren. Diese können Sie im Internet unter www.nuernberger.de/kundeninformation/umgang-mit-kundendaten abrufen.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Schaden benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch der Schaden ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei einem Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung* bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DS-GVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DS-GVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DS-GVO i. V. m. § 27 BDSG.

Datenverarbeitung im Fahrzeug

Jedes Fahrzeug ist mit einer eindeutigen Fahrgestellnummer gekennzeichnet. Diese Fahrzeugidentifizierungsnummer ist auf den gegenwärtigen und ehemaligen Halter des Fahrzeugs rückführbar. Über die Identifikationsnummer Ihres Fahrzeugs (FIN) beziehen wir externe Informationen über die technische Ausstattung Ihres Fahrzeugs. Diese Informationen nutzen wir

- zur Tarifierung,
- zur Werkstattsteuerung im Schadenfall, wenn Sie diese wünschen oder mit uns vereinbart haben,
- in pseudonymisierter Form zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechnete Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DS-GVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung* und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- der Weiterentwicklung von Dienstleistungen und Produkten sowie bestehenden Systemen und Prozessen,
- für versicherungsrelevante Forschungszwecke, z. B. Unfallforschung,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DS-GVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.



Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:

Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (*Rückversicherer*). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:

Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:

Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:

Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister. Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der beiliegenden Dienstleisterliste sowie in der jeweils aktuellen Version unserer Dienstleisterliste auf unserer Internetseite unter www.nuernberger.de/kundeninformation/umgang-mit-kundendaten entnehmen.

Weitere Empfänger:

Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. *Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden*).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (*gesetzliche Verjährungsfrist von 3 oder bis zu 30 Jahren*). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu 15 Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den o. g. Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden. Die für uns zuständige Datenschutzaufsichtsbehörde ist:

Bayerisches Landesamt für Datenschutzaufsicht
Promenade 18
91522 Ansbach



Hinweis- und Informationssystem der Versicherungswirtschaft

Die Versicherungswirtschaft nutzt das Hinweis- und Informationssystem (HIS) der informa HIS GmbH zur Unterstützung der Risikobeurteilung im Antragsfall, zur Sachverhaltsaufklärung bei der Leistungsprüfung sowie bei der Bekämpfung von Versicherungsmissbrauch. Dafür ist ein Austausch bestimmter personenbezogener Daten mit dem HIS erforderlich.

Bei Abschluss eines Versicherungsvertrages oder im Rahmen der Schadenbearbeitung können wir Daten zum Versicherungsobjekt (*Fahrzeugidentifikationsdaten oder Adresse des Gebäudes*) sowie Angaben zu Ihrer Person (*Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, frühere Anschriften*) an die informa HIS GmbH übermitteln (*HIS-Anfrage*).

Die informa HIS GmbH überprüft anhand dieser Daten, ob zu Ihrer Person und/oder zu Ihrem Versicherungsobjekt im HIS Informationen gespeichert sind, die auf ein erhöhtes Risiko oder Unregelmäßigkeiten in einem Versicherungsfall hindeuten können. Solche Informationen können nur aufgrund einer früheren Meldung eines Versicherungsunternehmens an das HIS vorliegen (*HIS-Einmeldung*), über die Sie ggf. von dem einmeldenden Versicherungsunternehmen gesondert informiert worden sind. Daten, die aufgrund einer HIS-Einmeldung im HIS gespeichert sind, werden von der informa HIS GmbH an uns, das anfragende Versicherungsunternehmen, übermittelt. Nähere Informationen zum HIS finden Sie unter www.informa-his.de/fileadmin/HIS/Informationsblatt_EU-DSGVO_Anfrage.pdf.

Datenaustausch mit Ihrem früheren Versicherer

Um Ihre Angaben bei Abschluss des Versicherungsvertrags (*z. B. zur Mitnahme eines Schadensfreiheitsrabattes in der Kfz-Haftpflichtversicherung*) bzw. Ihre Angaben bei Eintritt des Versicherungsfalls überprüfen und bei Bedarf ergänzen zu können, kann im dafür erforderlichen Umfang ein Austausch von personenbezogenen Daten mit dem von Ihnen im Antrag benannten früheren Versicherer erfolgen.

Bonitätsauskünfte

Soweit es zur Wahrung unserer berechtigten Interessen notwendig ist, fragen wir bei Auskunfteien (*z. B. Creditreform AG, CRIF Bürgel GmbH, infoscore Consumer Data GmbH*) Informationen zur Beurteilung Ihres allgemeinen Zahlungsverhaltens ab. Nähere Informationen über die infoscore Consumer Data GmbH finden Sie unter <https://finance.arvato.com/icdinfoblatt>.

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (*z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln*) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Automatisierte Einzelfallentscheidungen

Auf Basis Ihrer Angaben zum Risiko, zu denen wir Sie bei Antragstellung befragen, entscheiden wir ggf. vollautomatisiert etwa über das Zustandekommen oder die Kündigung des Vertrags, mögliche Risikoausschlüsse oder über die Höhe der von Ihnen zu zahlenden Versicherungsprämie. Aufgrund Ihrer Angaben zum Versicherungsfall und der zu Ihrem Vertrag gespeicherten Daten entscheiden wir ggf. vollautomatisiert über unsere Leistungspflicht. Die vollautomatisierten Entscheidungen beruhen auf vom Unternehmen vorher festgelegten Regeln zur Gewichtung der Informationen. Nähere Informationen können Sie unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

* NÜRNBERGER Versicherung
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
NÜRNBERGER Pensionsfonds AG
NÜRNBERGER Pensionskasse AG
GARANTA Versicherungs-AG
Neue Rechtsschutz-Versicherungsgesellschaft Aktiengesellschaft



Dienstleisterliste

Die Dienstleisterliste schafft für Sie als Kunde Transparenz. Das bedeutet jedoch nicht, dass Ihre Daten an alle Dienstleister weitergegeben werden.

I. Überblick über die Verarbeitung von personenbezogenen und besonderen personenbezogenen Daten, z. B. Gesundheitsdaten, in der NÜRNBERGER Versicherung

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
NÜRNBERGER Krankenversicherung AG NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG NÜRNBERGER Pensionsfonds AG NÜRNBERGER Pensionskasse AG NÜRNBERGER Business Beratungs GmbH	NÜRNBERGER Lebensversicherung AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	ALLYSCA Assistance GmbH	Telefon- und Servicedienstleistungen, Assistance-Leistungen
	Malteser Hilfsdienst gGmbH	Assistance-Leistungen
	Europ Assistance Versicherungs-AG	Assistance-Leistungen
	BetterDoc GmbH	Spezialisten-Service
NÜRNBERGER Lebensversicherung AG	Medicals Direct Deutschland GmbH	Service Antragsstellung
NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG GARANTA Versicherungs-AG	NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung
NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.	NÜRNBERGER Business Beratungs GmbH sowie deren Dienstleister	Bestandsverwaltung und Leistungsbearbeitung

II. Ergänzend bestehen folgende Dienstleistungsverhältnisse, bei denen die Verarbeitung von Gesundheitsdaten nicht Hauptgegenstand des Auftrags ist:

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	NÜRNBERGER Beteiligungs-AG	Revision, Rechtsabteilung
	NÜRNBERGER Lebensversicherung AG und NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG	IT-Dienstleistung, Rechnungswesen, Vertrieb
	GDV Dienstleistungs-GmbH & Co. KG	Datenübermittlungen an Vermittler und Dienstleister

III. Diese in Kategorien zusammengefassten Dienstleister nehmen keine Datenverarbeitung als Hauptgegenstand des Auftrags vor. Hierunter fallen auch Dienstleister, die nicht dauerhaft tätig sind.

Gesellschaft(en)	Dienstleister	Gegenstand/Zweck der Beauftragung
Alle Konzerngesellschaften	Adressermittlung	Adressverifikation
	Assisteure	Assistance-Leistungen
	Druckdienstleister	Dokumentenerstellung
	Entsorgungsdienstleister	Dokumentenvernichtung
	Gutachter	Anspruchsprüfung
	Inkassounternehmen	Forderungseinzug
	IT-Dienstleister	Wartung der Informationstechnologie
	Marktforschung	Marktforschung
	Rechtsanwaltskanzleien	Prozessführung, Forderungseinzug
	Rückversicherungsunternehmen	Monitoring
	Wirtschaftsprüfer	Buchprüfung



IV. An gemeinsamer Datensammlung für Stammdaten (z. B. Name, Anschrift, Vertragsart) teilnehmende Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung

- NÜRNBERGER Beteiligungs-AG
- NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
- NÜRNBERGER Allgemeine Versicherungs-AG
- BetterDoc GmbH
- NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
- NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG
- NÜRNBERGER Beamten Allgemeine Versicherung AG
- NÜRNBERGER Pensionsfonds AG
- NÜRNBERGER Business Beratungs GmbH
- NÜRNBERGER Versicherungs- und Bauspar-Vermittlungs-GmbH
- GARANTA Versicherungs-AG
- Fürst Fugger Privatbank Aktiengesellschaft
- NÜRNBERGER Pensionskasse AG
- NÜRNBERGER überbetriebliche Versorgungskasse e. V.

V. Hinweis

Die EU-Datenschutzgrundverordnung (*DS-GVO*) und das Bundesdatenschutzgesetz (*BDSG*) sehen neben dem Auskunftsrecht der betroffenen Person gegebenenfalls auch Ansprüche auf Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung (*Sperren*) Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem gängigen und maschinenlesbaren Format vor. Sie sind nach der DS-GVO und dem BDSG berechtigt, der Verarbeitung Ihrer Daten zum Zweck der Werbung schriftlich, telefonisch unter 0911 531-5 oder per E-Mail an info@nuernberger.de zu widersprechen. Dies gilt auch, wenn Ihre der Datenübermittlung an Dienstleister entgegenstehenden schutzwürdigen Interessen überwiegen. Ergänzende Informationen zum Datenschutz und zum Beitritt der Unternehmen der NÜRNBERGER Versicherung zu den „Verhaltensregeln für den Umgang mit personenbezogenen Daten durch die deutsche Versicherungswirtschaft“ erhalten Sie unter <http://www.nuernberger.de/datenschutz>. Dort finden Sie unter „Umgang mit Kundendaten“ immer eine aktuelle Version dieser Dienstleisterliste.

Allgemeine Hinweise zum Versicherungsantrag

Absicherung der Arbeitskraft

Information zur Antragstellung

Für die weitere Bearbeitung Ihres Antrags ist es wichtig, ob Sie die Verbraucherinformationen gemäß der Informationspflichten nach § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vollständig erhalten haben.

Diese Verbraucherinformationen umfassen:

✓ Vertragsspezifische Informationen

- Allgemeine Vertragsdaten
- Garantierte Todesfalleistungen*
- Garantiewerte*
- Modellrechnung gemäß § 154 VVG
- Zusätzliche Vereinbarungen und Erklärungen für die Krankenversicherung*
- Informationen über die wesentlichen Leistungsmerkmale und die für den Tarif gültigen vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen*

✓ Allgemeine und zusätzliche Informationen

- Allgemeine Informationen nach § 1 VVG-InfoV
- Zusätzliche Informationen nach § 2 VVG-InfoV

✓ Widerrufsbelehrung

- Widerrufsbelehrung für die Lebensversicherung bzw. die Berufsunfähigkeitsversicherung

✓ Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

✓ Produktinformationsblatt

✓ Vertragsbedingungen

- Die jeweiligen Vertragsbedingungen
- Besondere Vertragsvereinbarungen sowie Klauseln*
- Zusätzliche Vereinbarungen und Erklärungen*
- Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen*
- Steuerrechtliche Hinweise*
- Allgemeine Hinweise
- Informationen zum Garantiefonds*
- Informationen zu den Investmentfonds*
- Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für die Krankenversicherung*

* Sofern diese Gegenstand des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrags sind.

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

Wichtige Erklärungen des Antragstellers

1 Beginn des Versicherungsschutzes

Ich stimme mit meiner Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz gegebenenfalls bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass bei einem Widerruf die Beiträge, die auf die Zeit vor Ablauf der Widerrufsfrist entfallen, von der Gesellschaft einbehalten werden können.

Wichtige Hinweise zum Antrag

1 Nebenabreden

Zusatzabsprachen zum Versicherungsvertrag, die nicht im Antragsformular festgehalten sind, können nur mit der Generaldirektion der Gesellschaft getroffen werden. Vermittler oder Angestellte der Gesellschaft dürfen im Zusammenhang mit Zusatzabsprachen Erklärungen des Antragstellers nur an die Generaldirektion weiterleiten und keine Zusagen abgeben. Versicherungsagenten oder Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, vom Antragsteller ein Entgelt für die Aufnahme des Antrags und die Betreuung des Vertrages zu erheben.

2 Verrechnung anfallender Gebühren

Im Rahmen des Versicherungsvertrags werden anfallende Gebühren der Gesellschaft mit Vertragsguthaben verrechnet bzw. an fälligen Auszahlungen gekürzt.

3 Entgelt für Versicherungsvermittlung

Für die Vermittlung eines Versicherungsvertrags erhält Ihr Vermittler bzw. Makler von der NÜRNBERGER in der Regel eine Provision und/oder Courtage bei Abschluss und während der Vertragslaufzeit.

Bei Zuzahlungen während der Vertragslaufzeit können erneut Provisionen und/oder Courtagen für Ihren Vermittler bzw. Makler anfallen.

4 Wirtschaftlich Berechtigter

Wirtschaftlich Berechtigte sind im Sinne des Geldwäschegesetzes natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner steht, auf deren Veranlassung eine Transaktion durchgeführt oder eine Vertragsbeziehung letztendlich begründet wird.

5 Politisch exponierte Person

Eine politisch exponierte Person ist eine natürliche Person, die ein wichtiges Amt ausübt (oder ausgeübt hat), ein unmittelbares Familienmitglied oder eine ihr bekanntermaßen nahe stehende Person ist.

6 Krisengebiete

Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reise- und Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik „Sicher Reisen“ unter www.auswaertiges-amt.de.

Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag

Krankenzusatzversicherung (Sofern diese Gegenstand des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrags ist.)

1 Versicherungsdauer

Der Krankenversicherungsvertrag (Tarif TG6) wird für die Dauer von 1 Versicherungsjahr geschlossen. Er verlängert sich stillschweigend um 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird.

Bei Tarif TG6 rechnet das 1. Versicherungsjahr vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

Es gelten die Allgemeinen Vertragsbedingungen (AVB) des Kranken-Tagegeldtarifs TG6 für gesetzlich krankenversicherte Personen.

2 Versicherungsbedingungen

Die dem Vertrag zugrunde liegenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarife mit Tarifbedingungen wurden mit dem Antragsformular ausgehändigt oder werden bei der Unterbreitung eines Angebots ausgehändigt.

3 Abschluss des Vertrags

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn das Unternehmen schriftlich die Annahme des Antrags erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird. Sofern besondere Vereinbarungen erforderlich sind, unterbreiten wir Ihnen ein Angebot. Ich kann dann entscheiden, ob ich ein Vertragsverhältnis zu den angebotenen Konditionen eingehen will. Nicht immer kann der beantragte Versicherungsschutz geboten werden. Solche Anträge kann die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ablehnen. Deshalb bitten wir Sie, anderweitig bestehenden Versicherungsschutz erst dann aufzugeben, wenn Ihr Vertrag angenommen ist

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg – Sitz: Nürnberg, Registergericht: Amtsgericht Nürnberg HRB 9342, Aufsichtsratsvorsitzender: Harald Rosenberger, Vorstand: Katja Briones-Schulz, Wolfram Politt, Andreas Politycki, Dr. Thomas Reimer, Dr. Jürgen Voß. **Mehr Infos unter www.nuernberger.de**

Deutsche Bank AG Nürnberg, IBAN DE80 7607 0012 0062 7893 00, BIC DEUTDEMM760
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE 81 14 61 943, Versicherungssteuer Nummer 802/V90802010317

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg – Sitz: Nürnberg, Registergericht: Amtsgericht Nürnberg HRB 10668, Aufsichtsratsvorsitzende: Katja Briones-Schulz, Vorstand: Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb.

Mehr Infos unter www.nuernberger.de

Deutsche Bank AG Nürnberg, IBAN DE43 7607 0012 0464 1684 00, BIC DEUTDEMM760
Umsatzsteuer-Identifikationsnummer DE 81 14 61 880, Versicherungssteuer Nummer 800/V20000048803



Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

LV000_200_202207

§ 1 Wann besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag des Eingangs Ihres Antrags auf Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung bei unserer Geschäftsstelle, mittags um 12 Uhr, wenn sämtliche nachstehende Bedingungen erfüllt sind:

- a) Zwischen dem Tag Ihrer Unterschrift auf dem Antrag (*wenn Sie einen Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags stellen*) bzw. auf Ihrer Annahmeerklärung (*wenn wir Ihnen einen Antrag unterbreitet haben*) und dem beantragten Versicherungsbeginn liegen nicht mehr als 2 Monate.
- b) Uns ist eine Ermächtigung zum SEPA-Lastschriftinzug erteilt oder uns liegt ein „Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber“ vor.
- c) Ihr Antrag bzw. Ihre Annahmeerklärung ist nicht von einer besonderen Voraussetzung abhängig.
- d) Ihr Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags kann zu einem unserer gültigen Tarife mit den dazugehörigen Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien angenommen werden.
- e) Die versicherte Person ist am Tag der Antragstellung bzw. der Annahmeerklärung noch nicht 70 Jahre alt.

§ 2 Was ist vom vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz entfällt,

- a) wenn dem Antragsteller bzw. der/den versicherten Person(en) Krankheiten, gesundheitliche Störungen oder Beschwerden (*gefahrerhebliche Umstände gemäß § 19 VVG*) bei Antragstellung bzw. bis zur Abgabe der Annahmeerklärung bekannt waren und diese für den Versicherungsfall ursächlich sind.

Dies gilt jedoch nur für solche gefahrerheblichen Umstände, nach denen im Antrag zu der gewünschten Versicherung gefragt wird – unabhängig davon, ob sie im Antrag angegeben sind – und die nach unseren Risikoprüfungs- und Annahmerichtlinien zu einer Ablehnung oder insoweit zu einem Ausschluss vom Versicherungsschutz geführt hätten.

- b) bei Selbsttötung der versicherten Person außer uns wird nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

- c) wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen steht, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat.

- d) wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

(2) Für selbstständige Risikoversicherungen mit Absicherung von Tod und schweren Erkrankungen (*NES-Tarife*), für die Risiko-Zusatzversicherung mit Absicherung von schweren Erkrankungen (*NESZ-Tarif*), für die zusätzliche Absicherung von schweren Erkrankungen (*Ernstfallschutz Kids*) sowie den Versorger-Schutz im Rahmen der Kindervorsorge und Bestattungsvorsorge besteht kein vorläufiger Versicherungsschutz.

§ 3 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz

- a) mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus der beantragten Versicherung;
- b) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags abgelehnt haben;
- c) wenn Sie Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angefochten oder zurückgenommen oder von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch gemacht haben;
- d) wenn Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben;
- e) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags nicht innerhalb der vereinbarten Annahmefrist von 6 Wochen ab Antragstellung angenommen haben. Es sei denn, die Vertragsverhandlungen mit Ihnen dauern auch nach Ablauf der Annahmefrist noch an;
- f) wenn Sie unseren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags nicht innerhalb der vereinbarten Annahmefrist von 6 Wochen ab Antragstellung angenommen haben;

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

LV000_200_202207 M-DOK

Seite 1 von 2



- g) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags nur zu geänderten Bedingungen annehmen können und Ihnen der von uns an Sie gerichtete neue, mit den erforderlichen Änderungen versehene Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags zugeht.

Mit dem Tag des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung zu unserem neuen Antrag bei unserer Geschäftsstelle lebt der vorläufige Versicherungsschutz wieder auf, soweit die Voraussetzungen nach § 1 erfüllt sind;

- h) mit erfolglosem Einzugsversuch zum Einlösungsbeitrag, bei Widerspruch gegen den Beitragseinzug oder der völligen oder teilweisen Verweigerung der Zahlung vermögenswirksamer Leistungen durch Ihren Arbeitgeber.

§ 4 Welche Leistungen sind versichert und wer erhält sie?

Versichert sind grundsätzlich nur solche Leistungen, die gemäß dem vorliegenden Antrag versichert werden sollen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für die beantragte Versicherung maßgebenden Versicherungsbedingungen Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

Im Einzelnen gilt Folgendes:

- a) Versichert sind nur die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehenen Leistungen.
- b) Bei Rentenversicherungen – mit Ausnahme von Comfort- (Fondsgebundenen) Rentenversicherungen – sind nur Leistungen für beantragte Zusatzversicherungen versichert.
- c) Für einen Todesfall ist die Versicherungsleistung unabhängig vom Leistungsgrund beschränkt auf insgesamt höchstens 100.000 EUR, auch wenn höhere Leistungen beantragt wurden. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person gestellt worden sind. Bei aufgeschobenen konventionellen Rentenversicherungen mit Hinterbliebenenrente wird bei Tod der hauptversicherten Person das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der fälligen Hinterbliebenenrente als Todesfalleistung angesetzt.
- d) Rentenleistungen bei einer Berufs-/Dienst-/Schulunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung, sind beschränkt auf insgesamt 12.000 EUR jährlich. Garantierte Rentensteigerungen nach Leistungsbeginn sind nicht versichert.

- e) Eine Beitragsbefreiung für den zustande gekommenen Versicherungsvertrag bei Berufs-/Dienst- bzw. Schulunfähigkeit ist jeweils beschränkt auf den Tarifbeitrag für 100.000 EUR, und zwar bei einer

- Lebensversicherung für eine Versicherungssumme
- Rentenversicherung für eine Kapitalabfindung zum Rentenzahlungsbeginn
- Fondsgebundenen Lebensversicherung oder Comfort-Fondsgebundenen Rentenversicherung für eine Mindest-Todesfallsumme
- sonstigen Fondsgebundenen Rentenversicherung für eine Beitragssumme

jeweils in dieser Höhe.

- f) Beitragsfreie planmäßige Erhöhungen der Hauptversicherung bei Berufs-/Dienst- bzw. Schulunfähigkeit, sind nicht versichert.
- g) Leistungsgrenzen nach c), d) und e) werden durch mehrere auf die gleiche versicherte(n) Person(en) lautende Anträge nicht erhöht.
- h) Für die beantragte Versicherung sind die im Antrag vorgegebenen Bezugsrechte maßgebend.
- i) Jegliche Überschussbeteiligung entfällt.
- j) Sofern uns ein Versicherungsfall aus der Berufs-/Dienst-/Schulunfähigkeits- oder Grundfähigkeitsversicherung nicht innerhalb von 3 Monaten seit dessen Eintritt angezeigt wird, sind wir leistungsfrei.

§ 5 Welche Kosten entstehen Ihnen?

Außer dem Beitrag für die beantragte Versicherung verlangen wir keine Zahlung. Werden Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz fällig, so verrechnen wir ein Entgelt in Höhe des 1. Jahresbeitrags der beantragten Versicherung, im Fall einer Versicherung gegen Einmalbeitrag in Höhe des einmaligen Beitrags. Das Entgelt ist jedoch auf den Tarifbeitrag für die Höchstsummen nach § 4 c), d) und e) begrenzt.

Wechselmöglichkeit

im Rahmen der Rechnungszinsänderung 01.2025

Das Bundesministerium der Finanzen hat angekündigt, den Höchstzinssatz gem. § 2 DeckRV (Deckungsrückstellungsverordnung) von aktuell 0,25 % auf 1,00 % zum 1. Januar 2025 zu erhöhen.

Um diese Änderung an unsere Kunden weitergeben zu können, werden wir als Lebensversicherer zeitgleich neue Tarife einführen.

Bei deren Kalkulation verwenden wir in der Regel den neuen, höheren Zinssatz als Rechnungszins. Das kann für Sie als Kunde vorteilhaft sein.

In diesem Zusammenhang können wir auch andere Rechnungsgrundlagen wie z. B. Sterblichkeit, Invaliditätswahrscheinlichkeit oder auch Kosten bei einer Neukalkulation der Tarife entsprechend den Erfordernissen anpassen.

Wir bieten Ihnen daher folgende Möglichkeit zum Tarifwechsel:

Schließen Sie bei uns eine Berufsunfähigkeits-, Grundfähigkeits- oder Schulunfähigkeitsversicherung (einschließlich eventueller Zusatzversicherungen) mit Versicherungsbeginn ab dem 1. Juli 2024 ab, können Sie Ihren Vertrag bis einschließlich 30. Juni 2025 auf den entsprechenden Nachfolgetarif wechseln. Voraussetzung ist, dass sich durch diesen Wechsel Ihres Vertrages bei gleichem Zahlbeitrag die monatliche Rente um mehr als 2,5 % erhöhen würde.

Trifft das für Ihren Vertrag zu?

Ab Januar 2025 können Sie dies leicht selbst über den folgenden QR-Code bzw. auf unserer Homepage unter www.nuernberger/rechnungszins prüfen:



Ihr Vermittler berät Sie zu diesem Thema gerne.
Ihren zuständigen Ansprechpartner finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen.

Nähere Einzelheiten und Voraussetzungen für die Tarifwechselmöglichkeit

1. Der Wechselwunsch muss uns bis zum 30. Juni 2025 zugegangen sein. Bitte wenden Sie sich an Ihren Vermittler.
2. Die Risiko- und Gesundheitsangaben aus dem ursprünglichen Vertrag in 2024 werden für den neuen Vertrag berücksichtigt und zu dessen Gegenstand gemacht. Fristen für die etwaige Sanktionierung der Verletzung vorvertraglicher Anzeigepflichten laufen ab dem Zeitpunkt des Vertragsschlusses des ursprünglichen Vertrags weiter und beginnen nicht neu zu laufen. Die Versicherte Person erklärt sich bereits jetzt damit einverstanden, dass ihre Gesundheitsangaben aus diesem Antrag auch dem Neuantrag zugrunde gelegt werden.
3. Die Wechselmöglichkeit kann nicht ausgeübt werden, wenn
 - die monatliche Gesamtrente im Nachfolgetarif bei gleichem Zahlbeitrag weniger als 2,5 % über der monatlichen Gesamtrente des Vertrags aus 2024 liegt,
 - in Haupt- oder Zusatzversicherung bereits ein Versicherungsfall eingetreten ist, die versicherte Person arbeitsunfähig, pflegebedürftig oder ganz oder teilweise erwerbsunfähig ist,
 - eine im bisherigen Vertrag aus 2024 vereinbarte Dynamik im Nachfolgetarif nicht mehr versicherbar wäre,
 - durch den Wechsel in den Nachfolgetarif die Höchstversicherungssummen überschritten würden,
 - der Vertrag gekündigt wurde,
 - der Vertrag beitragsfrei gestellt wurde,
 - ein Beitragsrückstand besteht,
 - der Vertrag seit Vertragsbeginn geändert wurde,
 - zum bestehenden Ausgangstarif kein Nachfolgetarif vorhanden ist und/oder
 - es sich um einen Vertrag zur betrieblichen Altersversorgung handelt.

Personen- und Funktionsbezeichnungen stehen für alle Geschlechter gleichermaßen.

LV000_201_202404 M-CKP

Seite 1 von 2

Die Ausübung des Tarifwechsels wird unter folgenden Maßgaben vorgenommen

1. Es erfolgt ein Wechsel in einen Neuvertrag mit der gleichen Überschussverwendungsart (Beitragsabzug oder Bonusrente) wie im bisherigen Vertrag aus 2024. Dabei bleibt der Zahlbeitrag gleich. Die Gesamtrente ist bei Verträgen mit der Überschussverwendungsart „Beitragsabzug“ die versicherte Rente; bei Verträgen mit der Überschussverwendungsart „Bonusrente“ die versicherte Rente zuzüglich der für 2025 deklarierten Bonusrente.
2. Nach dem Tarifwechsel sind die für den neuen Vertrag 2025 geltenden Versicherungsbedingungen maßgebend.
3. Zuschläge und Ausschlüsse des ursprünglichen Vertrages aus 2024 gelten auch für den Neuvertrag fort.
4. Mit Versicherungsbeginn des Neuvertrages endet der bisherige Vertrag aus 2024 einschließlich aller eingeschlossenen Zusatzversicherungen.



Beratungsbogen Einkommensschutz

Persönliche Daten der Gesprächsteilnehmer

Versicherungsnehmer und versicherte Person

Name	<input type="text"/>	Titel		<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> weiblich	
Geburtsdatum	01.01.1994	Familienstand	<input type="text"/>	
Kinder (Anzahl)	<input type="text"/>	Alter der Kinder	<input type="text"/>	
Berufsstand	Angestellter			
Ausgeübte Tätigkeit	Assistenzarzt/-ärztin			

Weitere Gesprächsteilnehmer

<input type="text"/>
<input type="text"/>

Anlass des Gesprächs und weitere Kundenwünsche

Anlass des Gesprächs	Absicherung im Rahmen des Einkommenschutzes	Ort des Gesprächs	<input type="text"/>
Es besteht Interesse an einem weiteren Termin zu folgenden Themenbereichen	<input type="checkbox"/> Lebensversicherung		
	<input type="checkbox"/> Krankenversicherung		
	<input type="checkbox"/> Schadenversicherung		
	<input type="checkbox"/> <input type="text"/>		
Datum des Folgetermins	<input type="text"/>		



Sachkunde (Vorkenntnisse) des Kunden

Der Kunde hat eine detaillierte Beratung zu den Möglichkeiten einer Absicherung im Rahmen des Einkommenschutzes benötigt. Ja Nein

Falls "Nein",

- der Kunde ist aufgrund seiner beruflichen Erfahrungen mit dem allgemeinen Versicherungsangebot zur Absicherung im Rahmen des Einkommenschutzes vertraut. Ja Nein
- der Kunde wurde über die Möglichkeiten durch einen Spezialisten aufgeklärt? Ja Nein

Falls "Ja", durch _____ am _____

Die Beratung unterstützten folgende Informationen (z. B. Prospekte, Grafiken, Statistiken usw.):

Erklärung des Kunden zum maximal möglichen Beitragsaufwand

Beitrag monatlich 149,85 EUR

Bedarfsanalyse

- Eine Bedarfsanalyse zum Einkommenschutz wird ausdrücklich nicht gewünscht.
 wurde separat durchgeführt.
 über NÜRNBERGER Versicherungs-Check Plus erstellt.

Empfohlene Vorsorge im Rahmen des Einkommenschutzes

- Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherung
- Grundfähigkeitsversicherung
- Dread Disease-Versicherung
- Risiko-Lebensversicherung

Begründung für die empfohlene Vorsorge im Rahmen des Einkommenschutzes

Als wichtig wird/werden erachtet:

- Eine Absicherung, die nachhaltige Aspekte in der Absicherung berücksichtigt.
- BetterDoc: Unterstützung durch unabhängige Dienstleister bei der Auswahl medizinischer Leistungen wie z.B. Facharzttsuche, Zweitmeinung zu Diagnosen oder anstehenden Operationen sowie wirkungsvolle Behandlungsmethoden.
- Eine Leistung bei Arbeitsunfähigkeit.
- Ein lückenloser Übergang von Arbeitsunfähigkeits- auf Berufsunfähigkeits-Leistung

Beratungsbogen Versicherungsnehmer _____ geb. am 01.01.1994



Abweichender Kundenwunsch im Rahmen des Einkommensschutzes

Verzichtet wird auf:

- Den Einschluss von Leistungen bei bestimmten schweren Erkrankungen.
- Die Absicherung einer zusätzlichen lebenslangen Rente bei Pflegebedürftigkeit
- Eine garantierte Rentensteigerung im Leistungsfall.

Produktanalyse

Gewünschte Art der Absicherung im Rahmen des Einkommensschutzes nach Erklärung der zur Auswahl stehenden Produkte

Berufs-/Dienstunfähigkeitsversicherung mit Verzicht der NÜRNBERGER auf abstrakte Verweisung

- NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung
- NÜRNBERGER Investment Berufsunfähigkeitsversicherung
- NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Dienstunfähigkeitsschutz
- NÜRNBERGER Einsteiger-Berufsunfähigkeitsversicherung
mit einer monatlichen Rente in Höhe von 2.500,00 EUR, versichert bis Alter 67

Überschussverwendung (Hauptversicherung)

- Beitragsabzug
- Bonusrente
- Anlage in Investmentfonds

Weitere Tarifmerkmale (Hauptversicherung)

	Ja	Nein
Berufs-/Dienstunfähigkeits-Bedingungen 50 %-Standardregel	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Berufs-/Dienstunfähigkeits-Bedingungen 25/75 %-Klausel	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Garantierte Rentensteigerung in Höhe von 0,0 %	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Karenzzeit 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Leistung bei Arbeitsunfähigkeit (AU)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zusätzliche lebenslange Rente bei Pflegebedürftigkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Zusatzversicherungen

	Ja	Nein
Ernstfallschutz-Zusatzversicherung in Höhe von - EUR, versichert bis Alter -	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit einer monatlichen Rente bei unfallbedingter Berufsunfähigkeit in Höhe von - EUR/Monat, versichert bis Alter -	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Unfall-Berufsunfähigkeits-Bedingungen 50 %-Standardregel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfall-Berufsunfähigkeits-Bedingungen 25/75 %-Klausel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung mit Karenzzeit 3 Monate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Beratungsbogen Versicherungsnehmer

geb. am

01.01.1994



Überschussverwendung (Zusatzversicherung)

- Beitragsabzug
- Bonusrente
- verzinsliche Ansammlung

Kombi-Produkte

Ja Nein

Krankentagegeld-Versicherung in Höhe von 15,00EUR pro Tag

Weitere Details zum Versicherungsumfang regelt der Versicherungsantrag.

Beendigung bestehender Versicherungen

Bestehen bereits Versicherungen zur Absicherung im Rahmen des Einkommenschutzes?

ja nein

Sollen bestehende Versicherungen zur Absicherung im Rahmen des Einkommenschutzes weiterbestehen?

ja nein

Falls "nein", sind folgende Nachteile möglich:

- Neue Abschlusskosten
- Neue Provisionskosten
- Stornokosten
- Verlust einer höheren Garantieverzinsung
- Wegfall versicherter Risiken und Änderung wesentlicher Leistungsinhalte
- Neue Gesundheitsprüfung oder Risikoeinstufung
- Höherer Beitrag für die Risikoabdeckung
- Steuerliche Auswirkungen
- Bei Krankenversicherungen: Teilweiser Verlust der Alterungsrückstellungen
-

Inflation

Bitte beachten Sie, dass eine mögliche Inflation die Kaufkraft dieser Absicherung schmälert. Deshalb empfehlen wir Ihnen, eine Beitragsdynamik einzuschließen und jedes Jahr anzunehmen.

Antrag

Es gelten die Angaben des Kunden im Antrag

vom

25.07.2024

Tarif

SBU3121DC+B (BUZ2021P) + TG6

Beratungsbogen Versicherungsnehmer

geb. am

01.01.1994



Zusätzliche Ergänzungen

Dauer des Gesprächs

von / bis

--

Beratungsbogen Versicherungsnehmer

geb. am

01.01.1994



Ich habe dem Antragsteller bzw. dessen gesetzlichen Vertreter(n) den "Beratungsbogen Einkommenschutz" - bestehend aus 6 Seiten - in folgender Form zur Verfügung gestellt:

Papier

Datenträger (gebrannte CD, USB-Stick)

E-Mail

Sonstige

Hiermit wird bestätigt, dass der Antragsteller den Beratungsbogen zur Kenntnis genommen hat.

Ort

Datum

X

Unterschrift des Gesprächsteilnehmers

X

Unterschrift des Vermittlers

X

Unterschrift der weiteren Gesprächsteilnehmer

Angaben zum Vermittler

Ansprechpartner

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

E-Mail

Telefon 1 Privat

Mobil

Geschäft

Telefon 2 Privat

Mobil

Geschäft

Fax

Beratungsbogen Versicherungsnehmer

geb. am

01.01.1994



Inhaltsverzeichnis für Verbraucherinformationen

Verbraucherinformationen nach VVG

Vertragsspezifische Informationen

- Allgemeine Vertragsdaten
- Garantiewerte

Allgemeine und zusätzliche Informationen

- Allgemeine Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)
- Zusätzliche Informationen nach § 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

Widerrufsbelehrung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Vertragsbedingungen

- | | |
|------------|---|
| - GN311083 | Allgemeine Bedingungen |
| - GN273744 | Zusätzliche Vereinbarung "Keine Leistungslücke bei Berufsunfähigkeit" |
| - GN323137 | Zusätzliche Vereinbarung zu den Allgemeinen Bedingungen |
| - GN323135 | Bedingungen für den NÜRNBERGER Spezialisten-Service |
| - GN314210 | Besondere Bedingungen für NÜRNBERGER Plus |
| - GN274609 | Steuerrechtliche Hinweise |
| - GN254710 | Allgemeine Hinweise |
| - X951 | Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift (X951_201708) |



Allgemeine Vertragsdaten

NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung

Versicherungstechnische Daten

Versicherungsnehmer	
versicherte Person	geb. 01.01.1994
Tarif	SBU3121DC
Höchste Qualifikation	Master / Diplom / Magister / Staatsexamen / Promotion
Bürotätigkeit	40 - 59 %
Leitungsfunktion	keine
Berufsstand	Angestellter
Berufsgruppe	2
Nikotinkonsum	Nein

Versicherungsbeginn , mittags 12 Uhr (vergleiche hierzu § 4 der Allgemeinen Bedingungen) Bitte beachten Sie die Hinweise zum Einlösungsbeitrag.	01.08.2024
Ablauf der Beitragszahlung	01.08.2061
Ablauf der Versicherung , mittags 12 Uhr	01.08.2061
Ablauf der Rentenzahlung bei Berufsunfähigkeit spätestens	01.08.2061

Vertragliche Leistungen (siehe auch Allgemeine Bedingungen)

Hauptversicherung (SBU3121DC)
ohne Karenzzeit

Monatsrente bei tarifgemäßer Berufsunfähigkeit	2.500,00 EUR
garantierte jährliche Rentensteigerung nach Rentenbeginn	keine

gewählte Zusatzbausteine (siehe Allgemeine Bedingungen):	ja	nein
AU-Schutz Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit von min. 6 bis max. 24 Monate	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pflege-Schutz Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit und Option auf Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>



Serviceleistung

Spezialisten-Service (ABZ2022) eingeschlossen bis zum 01.08.2061

Zusatzversicherung

bei Berufsunfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit (BUZ2021P)
ohne Karenzzeit

Beitragsfreiheit (B) versichert bis zum 01.08.2061

Beiträge

Tarifbeitrag	monatlich	(fällig am 01. jedes Monats)	145,26 EUR
derzeitiger Zahlbeitrag	monatlich	(nach Abzug der derzeitigen Überschussbeteiligung; ohne Garantie für die Zukunft)	93,04 EUR

Ihr Tarifbeitrag teilt sich auf für:

	zu zahlen bis	
Hauptversicherung	01.08.2061	145,05 EUR
Spezialisten-Service (ABZ2022)	01.08.2061	0,20 EUR
Beitragsfreiheit aus B	01.08.2061	0,01 EUR
Ihr gesamter Tarifbeitrag:		145,26 EUR

Ihr Zahlbeitrag teilt sich auf für:

	zu zahlen bis	
Hauptversicherung	01.08.2061	92,83 EUR
Spezialisten-Service (ABZ2022)	01.08.2061	0,20 EUR
Beitragsfreiheit aus B	01.08.2061	0,01 EUR
derzeitiger gesamter Zahlbeitrag		93,04 EUR

Überschussverwendung

Hauptversicherung:	Abzug vom Beitrag
Zusatzversicherung:	Abzug vom Beitrag

Bestandsgruppe

(vgl. Bestimmungen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Bedingungen und den Bedingungen zu Zusatzversicherungen)

Hauptversicherung:	Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird Berufsunfähigkeits-Versicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)
BUZ2021P:	Einzelversicherung mit Überschussbeteiligung, bei der das Anlagerisiko vom Versicherungsunternehmen getragen wird Berufsunfähigkeits-Versicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung)



Dynamik

Der Jahresbeitrag steigt zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 5 % des Vorjahresbeitrages und bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Risikoprüfung.

Für jede Erhöhung ist Ihnen bedingungsgemäß ein Widerspruchsrecht eingeräumt. Es gelten die Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Die Selbstständige Berufsunfähigkeitsrente wird erhöht, bis insgesamt 6.000,00 EUR Monatsrente erreicht oder erstmals überschritten werden. Sobald dies erfolgt ist, finden für den gesamten Vertrag keine planmäßigen Erhöhungen mehr statt.

Besondere Vereinbarungen und Hinweise

Ergänzend weisen wir auf folgende Besonderheiten hin:

Hinweis nach § 7a VVG:

Die Hauptversicherung und der Spezialisten-Service werden einheitlich vertrieben und können nicht getrennt voneinander gekauft werden.

Bei Nachweis einer ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit für mehr als 6 Monate (oder ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit von mehr als 3 Monaten und der Bescheinigung eines Facharztes über ein voraussichtliches Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt 6 Monate ununterbrochenen Zeitraums) zahlen wir Ihnen für den Zeitraum der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit, maximal für 24 Monate und bis zum Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer bzw. bis zum Tod der versicherten Person, eine Rente in Höhe von 100 % der versicherten Berufsunfähigkeits-Rente. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie während des genannten Zeitraums keine Leistungen aufgrund von Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder spezieller Beeinträchtigung beziehen.

Einlösungsbeitrag

Damit wir Ihnen Versicherungsschutz gewähren können, müssen Sie die vereinbarten Beiträge zahlen.

Zahlen Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Der Versicherungsschutz beginnt gleichwohl zu dem vereinbarten Zeitpunkt, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Weitere Regelungen zum Beginn des Versicherungsschutzes, zur Fälligkeit des ersten oder einmaligen Beitrags und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung entnehmen Sie den für Ihren Vertrag geltenden Bedingungen.

Für den Zeitraum vom 01.08.2024 bis zum 01.09.2024 ist - nach Abzug der anteiligen 93,04 EUR

Überschüsse - folgender Beitrag fällig:

Der nächste fällige Beitrag beträgt: 93,04 EUR



Garantiewerte (prämienfreie Werte)

Im Folgenden finden Sie eine Übersicht der Garantiewerte Ihrer Versicherung. Dort ist die garantierte Leistung bei Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung angegeben.

Termin	prämienfreie Monatsrente	Termin	prämienfreie Monatsrente
01.08.2025	0,00 EUR	01.08.2043	515,29 EUR
01.08.2026	0,00 EUR	01.08.2044	534,39 EUR
01.08.2027	51,46 EUR	01.08.2045	551,46 EUR
01.08.2028	69,62 EUR	01.08.2046	560,50 EUR
01.08.2029	88,43 EUR	01.08.2047	562,48 EUR
01.08.2030	124,99 EUR	01.08.2048	556,85 EUR
01.08.2031	163,02 EUR	01.08.2049	543,35 EUR
01.08.2032	201,28 EUR	01.08.2050	522,23 EUR
01.08.2033	238,34 EUR	01.08.2051	488,54 EUR
01.08.2034	273,40 EUR	01.08.2052	436,90 EUR
01.08.2035	305,55 EUR	01.08.2053	364,76 EUR
01.08.2036	336,68 EUR	01.08.2054	262,23 EUR
01.08.2037	366,48 EUR	01.08.2055	115,05 EUR
01.08.2038	394,86 EUR	01.08.2056	0,00 EUR
01.08.2039	421,91 EUR	01.08.2057	0,00 EUR
01.08.2040	447,97 EUR	01.08.2058	0,00 EUR
01.08.2041	472,02 EUR	01.08.2059	0,00 EUR
01.08.2042	494,53 EUR	01.08.2060	0,00 EUR

Bei der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung entfallen in der Regel alle Zusatzversicherungen. In bestimmten Fällen können jedoch nach der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung eine Berufsunfähigkeits-, Schulunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeitsrente sowie eine Ernstfallschutz-Zusatzversicherung in verminderter Höhe fortbestehen. Näheres können Sie den Bedingungen zu den entsprechenden Zusatzversicherungen entnehmen.

Ein Rückkaufswert wird laut den Allgemeinen Bedingungen bei Kündigung nicht ausgezahlt. Die garantierten Rückkaufswerte aus der Hauptversicherung betragen somit während der gesamten Vertragslaufzeit 0 EUR. Vorhandene Werte aus der Überschussbeteiligung werden jedoch ausgezahlt.

Die prämienfreie Monatsrente muss den in den Allgemeinen Bedingungen genannten Mindestwert erreichen. Die Tabellenwerte gelten nur für die derzeit versicherten Leistungen. Nach jeder Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen ergeben sich neue Werte, die wir Ihnen dann mitteilen werden.

Die Tabellenwerte gelten nur bei einem leistungsfreien Verlauf.



Allgemeine Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)

(GN328231_202305)

1. Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG, Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg. Sie hat die Rechtsform einer Aktiengesellschaft. Sitz ist in Nürnberg. Registergericht ist das Amtsgericht Nürnberg (HRB 9342).

2. Ansprechpartner im Ausland

keine

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Sitz: Nürnberg

Registergericht: Amtsgericht Nürnberg HRB 9342

Aufsichtsratsvorsitzender: Harald Rosenberger

Vorstand: Katja Briones-Schulz, Wolfram Politt, Andreas Politycki, Dr. Thomas Reimer, Dr. Jürgen Voß

Anschrift: 90334 Nürnberg, Ostendstraße 100, Telefon 0911 531 333-300

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers

Die Hauptgeschäftstätigkeit der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG ist der unmittelbare und mittelbare Betrieb der Lebensversicherung in allen ihren Arten und damit verbundenen Zusatzversicherungen sowie der Kapitalisierungsgeschäfte; die Vermittlung von Versicherungen aller Art und anderer Verträge, die mit dem Betrieb der Lebensversicherung in unmittelbarem Zusammenhang stehen; die Abwicklung bestehender Unfallversicherungen; die Verwaltung von Versorgungseinrichtungen.

5. Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds

Die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG ist Mitglied des Sicherungsfonds Protektor Lebensversicherungs-AG, Wilhelmstraße 43 G, 10117 Berlin bzw. Postfach 08 03 06, 10003 Berlin.

Dieser Sicherungsfonds ist eine gesetzliche Sicherungseinrichtung der Bundesrepublik Deutschland. Er dient dem Schutz der Ansprüche von Versicherungsnehmern, versicherten Personen, Bezugsberechtigten und sonstigen aus dem Versicherungsvertrag begünstigten Personen. Er wird aktiv, wenn ein Versicherungsunternehmen seinen Verpflichtungen dauerhaft nicht mehr nachkommen kann.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

- a) Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen sind den Ihnen ausgehändigten Unterlagen beigelegt.
- b) Angaben über die Art, den Umfang und die Fälligkeit der Leistung des Versicherers finden Sie in den Allgemeinen Vertragsdaten sowie in den Bedingungen (Allgemeine Bedingungen, gegebenenfalls Tarifbedingungen und gegebenenfalls Bedingungen für eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen).

7. Gesamtpreis der Versicherung

Den gesamten zu entrichtenden Beitrag für Ihren Vertrag können Sie den Allgemeinen Vertragsdaten entnehmen. Falls Sie zusätzliche Leistungen (Zusatzversicherungen) eingeschlossen haben, finden Sie an dieser Stelle auch die Aufteilung des Beitrags auf Haupt- und Zusatzversicherungen.

8. Zusätzliche Kosten

Zusätzlich zu dem unter Punkt 7 genannten Gesamtpreis der Versicherung werden von uns keine weiteren planmäßigen Gebühren oder Kosten erhoben. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei Erteilung einer Ersatzurkunde oder von Abschriften des Versicherungsscheins, schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug bei Folgebei-



trägen, Rückläufern im Lastschriftverfahren, Durchführung von Vertragsänderungen. Beachten Sie bitte auch die Steuerrechtlichen Hinweise.

Für den Fall des Verzugs bei Folgebeiträgen beachten Sie bitte Folgendes: Erfolgt die Zahlung eines Folgebeitrags nicht oder nicht rechtzeitig, geraten Sie in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung oder verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Im Falle des Verzugs kann ein ersatzpflichtiger Verzugsschaden entstehen. Weitere Regelungen zur Fälligkeit des Folgebeitrags und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung entnehmen Sie dem entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Bedingungen.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung

Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge, können Sie den Allgemeinen Vertragsdaten sowie den Allgemeinen Bedingungen und gegebenenfalls den Tarifbedingungen entnehmen. Insbesondere möchten wir Sie darauf hinweisen, dass wir bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten Beitrags (Einlösungsbeitrag) - solange die Zahlung noch nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten können. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, außer Sie weisen nach, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Auch wenn Sie Folgebeiträge trotz unserer Mahnung nicht zahlen, kann der Versicherungsschutz entfallen oder sich vermindern. Weitere Informationen hierzu finden Sie im Paragraphen über die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung in den Allgemeinen Bedingungen. Die Fälligkeit der Beiträge können Sie den Allgemeinen Vertragsdaten entnehmen.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer dieser Informationen

Die Ihnen zur Verfügung gestellten Verbraucherinformationen sind für einen Zeitraum von 6 Wochen gültig, sofern der gewählte Tarif nicht früher für den Verkauf geschlossen werden muss.

11. Kapitalanlagerisiko

Sofern wir Ihnen Leistungen vertraglich garantieren, sind diese in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt. Beachten Sie bitte, dass bei Fondsgebundenen Versicherungen, bei Versicherungen mit spezieller Kapitalanlage oder Indexpartizipation oder bei Vereinbarung der Überschussverwendungsart Invest-Bonus für Leistungen, die über die Garantieleistungen hinausgehen, das Risiko der Wertentwicklung der Kapitalanlage von Ihnen getragen wird. Sie haben die Chance, bei Kurssteigerungen der zugrunde liegenden Wertpapiere einen Wertzuwachs zu erzielen, bei Kursrückgängen tragen Sie das Risiko der Wertminderung. Das bedeutet, dass die Leistungen aus Ihrer Versicherung je nach Entwicklung der zugrunde liegenden Wertpapiere höher oder niedriger ausfallen werden.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass der Wert dieser Kapitalanlagen von verschiedenen Einzelrisiken, wie etwa dem Konjunktur-, Inflations-, Transfer-, Währungs- und Liquiditätsrisiko, beeinflusst wird. Die Wirkung dieser Faktoren verstärkt sich noch, wenn die genannten Risiken kumuliert auftreten. Auf alle diese Risiken und die damit verbundene Kursentwicklung hat die NÜRNBERGER keinen Einfluss. Deshalb übernehmen wir keine Haftung für die Entwicklung dieser Kapitalanlagen.

Bei Fondsgebundenen Versicherungen beachten Sie bitte den Paragraphen zum Inhalt bzw. zu den Leistungen der Versicherung (§ 1 oder § 2 der Allgemeinen Bedingungen), bei Versicherungen mit spezieller Kapitalanlage bzw. mit Indexpartizipation den Paragraphen zur Überschussbeteiligung in den Allgemeinen Bedingungen und bei Vereinbarung der Überschussverwendungsart Invest-Bonus § 1 der Besonderen Bedingungen für den Invest-Bonus.

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrags, Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Ihr Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir in der Regel nicht zur Leistung verpflichtet (vergleiche Punkt 9).

Vorbehaltlich Ihres Widerrufsrechts nach § 8 des Versicherungsvertragsgesetzes sind wir berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem Tag der Antragstellung. Haben wir Ihnen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags unterbreitet, so halten wir uns 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

13. Widerrufsrecht und Widerrufsfolgen

Einzelheiten hinsichtlich Ihres Widerrufsrechts können Sie der Widerrufsbelehrung entnehmen. Diese finden Sie auf den Folgeseiten.



14. Laufzeit des Vertrags

Den vereinbarten Vertragsbeginn finden Sie in den Allgemeinen Vertragsdaten. Dort ist auch der vereinbarte Ablauf der Versicherung angegeben. Andernfalls läuft der Vertrag lebenslang.

15. Beendigung des Vertrags

Der vereinbarte Ablauf der Versicherung ist in den Allgemeinen Vertragsdaten angegeben. Andernfalls läuft der Vertrag lebenslang.

Nähere Angaben zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen und zur Auszahlung eines Rückkaufswertes finden Sie in den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Bedingungen und gegebenenfalls der Tarifbedingungen. Sind für Ihren Vertrag garantierte Rückkaufswerte vereinbart, können Sie diese den Garantiewerten entnehmen.

16. Abweichendes Recht der Vertragsanbahnung

entfällt

17. Vertragsklauseln über das auf Ihren Vertrag anwendbare Recht und das zuständige Gericht

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung. Informationen über das zuständige Gericht finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen im Paragraphen zur Streitschlichtungsstelle, zur Aufsichtsbehörde und zum Gerichtsstand.

18. Sprache der Versicherungsbedingungen, der Kommunikation und dieser Information

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet die deutsche Sprache Anwendung. Das bedeutet, dass alle Vertragsunterlagen, wie zum Beispiel die Versicherungsbedingungen, diese Informationen und die übrigen Verbraucherinformationen und auch die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrags in deutscher Sprache erfolgen.

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie per:

Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

beschwerde@versicherungsombudsmann.de

www.versicherungsombudsmann.de

Telefon 0800 3696000*

Fax 0800 3699000*

* *kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz*

Falls Ihr Telefondiensteanbieter oder der Netzvertrag keine Verbindung zu 0800er-Nummern ermöglicht oder wenn Sie aus dem Ausland anrufen, erreichen Sie ihn kostenpflichtig unter +49 30 206058-99. Oder im Internet unter www.versicherungsombudsmann.de.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

20. Zuständige Aufsichtsbehörde und Beschwerdemöglichkeit

Die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG steht unter der staatlichen Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn bzw. Postfach 12 53, 53002 Bonn.

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden.



Zusätzliche Informationen nach § 2 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) (X191_201901)

1. Im Beitrag enthaltene Kosten

Angaben zur Höhe der in den Beitrag einkalkulierten Kosten finden Sie im Produktinformationsblatt bzw. im Kostenausweis nach § 2 VVG-InfoV.

2. Sonstige Kosten

Informationen über sonstige mögliche Kosten, die aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen entstehen können, finden Sie im Produktinformationsblatt bzw. im Kostenausweis nach § 2 VVG-InfoV sowie unter Punkt 8 der Allgemeinen Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen.

3. Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe für Überschussermittlung und Überschussbeteiligung

Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe finden Sie in den Allgemeinen Bedingungen unter "Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?" sowie in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten. Gelten für Ihren Vertrag zusätzlich Tarifbedingungen, finden Sie weitere Angaben im Abschnitt "Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?" der beiliegenden Tarifbedingungen.

4. Angabe der Rückkaufswerte

Besteht für Ihren Vertrag die Möglichkeit des Rückkaufs und werden Rückkaufswerte vertraglich garantiert, so finden Sie deren Höhe in den beigefügten Garantiewerten. Ob für Ihren Vertrag die Möglichkeit des Rückkaufs (Kündigung) besteht, können Sie den beigefügten Allgemeinen Bedingungen entnehmen.

5. Mindestversicherungsbetrag und Leistungen bei Umwandlung in eine beitrags-/prämienfreie Versicherung

Bei Verträgen gegen laufende Beitragszahlung besteht vor Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer die Möglichkeit der Umwandlung in eine beitrags-/prämienfreie Versicherung. Die Höhe der garantierten beitrags-/prämienfreien Versicherungsleistungen finden Sie in den beigefügten Garantiewerten. Dort wird auch der konkrete Paragraph der Bedingungen genannt, dem die Angaben über die Mindestbeträge für eine Umwandlung in eine beitrags-/prämienfreie Versicherung entnommen werden können, falls solche für den vorliegenden Tarif zur Anwendung kommen.

6. Garantierte Leistungen

Alle in den beigefügten Garantiewerten gemäß Punkt 4 und 5 genannten Werte sind in der bezifferten Höhe vertraglich garantiert.

7. Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und Vermögenswerte

Bei Fonds- bzw. Zertifikatgebundenen Versicherungen oder bei Vereinbarung der Überschussverwendungsart Invest-Bonus können Sie Angaben über die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte den beigefügten Informationen zu den Investmentfonds entnehmen.

8. Steuerrechtliche Hinweise

Allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung finden Sie in den beigefügten Steuerrechtlichen Hinweisen.

9. Effektivkostenangabe

Die Effektivkosten können Sie den Vertragsunterlagen entnehmen, falls die Angabe nach der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) für den vorliegenden Tarif vorgeschrieben ist.



Widerrufsbelehrung

GN328111_202407

Abschnitt 1

Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- der Versicherungsschein,
- die Vertragsbestimmungen,

einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,

- diese Belehrung,
- das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten
- und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG
Ostendstraße 100, 90334 Nürnberg
Leben-Kundenbetreuung@nuernberger.de
Fax 0911 531-3243

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um folgenden Betrag pro Tag des bis dahin gewährten Versicherungsschutzes:

- Bei laufender Beitragszahlung $\frac{1}{360}$ des Jahresbeitrags bzw. $\frac{1}{180}$ des Halbjahresbeitrags bzw. $\frac{1}{90}$ des Vierteljahresbeitrags bzw. $\frac{1}{30}$ des Monatsbeitrags (maßgeblich ist der Tarifbeitrag; abgedruckt unter „Beiträge“ in den Allgemeinen Vertragsdaten);
- bei einem Einmalbeitrag $\frac{1}{30}$ des unter „Beiträge“ in den Allgemeinen Vertragsdaten abgedruckten einmaligen Tarifbeitrags geteilt durch die Dauer des vereinbarten Versicherungsschutzes in Monaten (bei lebenslanger Dauer: geteilt durch die Dauer in Monaten, die sich bei Zugrundelegung der mittleren Lebenserwartung der (haupt-)versicherten Person gemäß den Rechnungsgrundlagen der (Haupt-)Versicherung ergeben würde). Bei rückkaufsfähigen Einmalbeiträgen behalten wir jedoch den vollen Einmalbeitrag ein und zahlen dafür den Rückkaufswert aus wie nachfolgend beschrieben.

Der Versicherer hat zurückzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind. Haben Sie Ihr Widerrufsrecht hinsichtlich des Versicherungsvertrags wirksam ausgeübt, so sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

GN328111_202407



Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch, sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2

Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1

Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrags sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. Angaben zur Laufzeit des Vertrags;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrags, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;



17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2

Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung

Bei dieser Berufsunfähigkeitsversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung;
8. den Hinweis, dass der in den Versicherungsbedingungen verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

Ende der Widerrufsbelehrung

Berufsunfähigkeitsversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten (GN319027_202107)

Unternehmen: NÜRNBERGER Lebensversicherung AG

Produkt: SBU3121DC, SBU3171DC und SBUG3121DC

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Dieses Produktinformationsblatt gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen vorvertraglichen und vertraglichen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (zum Beispiel Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Berufsunfähigkeitsversicherung.



Was ist versichert?

✓ Monatliche Rente:

Wenn die versicherte Person berufsunfähig wird, zahlen wir für die Dauer der Berufsunfähigkeit die vereinbarte monatliche Rente. In diesem Fall brauchen Sie für die Dauer der Berufsunfähigkeit keine Beiträge zu zahlen.

Die versicherte Person gilt als berufsunfähig, wenn sie gesundheitlich beeinträchtigt ist und entweder infolge Krankheit, Verletzung des Körpers bzw. Kräfteverfalls oder infolge eines vollständigen Tätigkeitsverbots aufgrund einer Infektion ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne die Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % entweder 6 Monate nicht mehr ausüben konnte oder voraussichtlich 6 Monate nicht mehr ausüben kann.

Die versicherte Person gilt ebenfalls als berufsunfähig, wenn sie berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit wird. Dies ist dann der Fall, wenn sie pflegebedürftig gemäß den Versicherungsbedingungen ist oder ein Autonomieverlust wegen Demenz vorliegt.

Die versicherte Person gilt nicht als berufsunfähig, wenn sie eine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

✓ Zeitlich befristete Rente:

Bei speziellen Beeinträchtigungen (ständiger Rollstuhlbedarf, hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Sehbehinderung), die nicht zu Berufsunfähigkeit führen und mindestens 6 Monate andauern oder bei Arbeitsunfähigkeit, die mindestens 6 Monate andauert, erbringen wir für maximal 24 Monate (bei mehrmaliger Inanspruchnahme auf die Gesamtdauer bezogen) die vereinbarte monatliche Rente. Für den Zeitraum, in dem Sie eine zeitlich befristete Rente erhalten, brauchen Sie keine Beiträge zu zahlen.

✓ Einmalige Kapitalleistung:

Im Rahmen einer Umorganisation eines Selbstständigen, einer Wiedereingliederung in den Arbeitsmarkt und einer Rehabilitationsmaßnahme leisten wir eine einmalige Kapitalleistung. Die Voraussetzungen und die maximale Höhe der jeweiligen Leistungen können Sie den Versicherungsbedingungen entnehmen.



Was ist nicht versichert?

- ✗ Individuell ausgeschlossene Vorerkrankungen.
- ✗ Bei Tod wird keine Leistung fällig.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

Wenn Sie beim Antrag falsche oder unvollständige Angaben machen, kann Ihr Versicherungsschutz vollständig oder teilweise, für die Zukunft oder rückwirkend entfallen.

Zudem kann der Versicherungsschutz in bestimmten Fällen ausgeschlossen sein. Dazu zählt zum Beispiel, wenn die Berufsunfähigkeit auf den folgenden Umständen beruht:

- ! Vorsätzliche Ausführung oder Versuch einer Straftat durch die versicherte Person.
- ! Absichtliche Herbeiführung des Leistungsfalls.
- ! Innere Unruhen oder kriegerische Ereignisse.
- ! Einsatz oder Freisetzen von ABC-Waffen bzw. -Stoffen.

Gegebenenfalls haben Sie für Ihren Vertrag eine Karenzzeit vereinbart (siehe Versicherungsschein). Das bedeutet für Sie: Tritt ein Versicherungsfall ein, haben Sie während der Karenzzeit keinen Anspruch auf Versicherungsleistungen. Die Karenzzeit beginnt mit Eintritt des Versicherungsfalles.

Einmalige Kapitalzahlungen bei Umorganisation und Wiedereingliederung sind insgesamt auf eine Höhe von maximal 6 Monatsrenten und bei Rehabilitationsmaßnahmen auf maximal 1.000 EUR beschränkt.

Eine zeitlich befristete Rente aufgrund spezieller Beeinträchtigung kann nur einmalig in Anspruch genommen werden.



Bitte beachten Sie, dass die Begriffe „Berufsunfähigkeit“ und „Pflegebedürftigkeit“ in der Sozialversicherung und in der Krankentagegeldversicherung einen abweichenden Inhalt haben.

Die Tarife sehen gegebenenfalls eine garantierte jährliche Steigerung im Rentenbezug vor. Der genaue Prozentsatz wird im Versicherungsschein ausgewiesen.

Wir erbringen unsere Leistungen längstens bis zum Ablauf der Leistungsdauer, den Sie dem Versicherungsschein entnehmen können.



Wo bin ich versichert?

✓ Sie haben weltweit Versicherungsschutz.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie müssen alle Fragen, die wir Ihnen vor Abschluss des Vertrags (zum Beispiel im Antragsformular) stellen, wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Die Versicherungsbeiträge müssen Sie rechtzeitig und vollständig bezahlen.
- Sie müssen die Berufsunfähigkeit ärztlich nachweisen. Die versicherte Person muss sich gegebenenfalls von weiteren Ärzten untersuchen lassen.
- Während der Dauer einer Berufsunfähigkeit müssen Sie uns die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit anzeigen.
- Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und verlangen, dass sich die versicherte Person in der Bundesrepublik Deutschland durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt.



Wann und wie zahle ich?

Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem vereinbarten Vertragsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) müssen Sie je nach vereinbarter Zahlweise (jährlich, halbjährlich, vierteljährlich oder monatlich) jeweils im Voraus zahlen. Sie können die Beiträge überweisen oder uns ermächtigen, sie von Ihrem Konto einzuziehen.



Wann beginnt und endet die Deckung?

Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, frühestens jedoch am vereinbarten Versicherungsbeginn. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Sie sind versichert, wenn die Berufsunfähigkeit bis zum vereinbarten Ablauftermin der Versicherungsdauer eintritt. Den Beginn- und den Ablauftermin Ihrer Versicherung können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

Sie können den Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bis zur nächsten Beitragsfälligkeit) in Textform (zum Beispiel Papierform, E-Mail) kündigen. Bei Kündigung erlischt der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode. Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts.



Prämie; Kosten

Tarifbeitrag	monatlich	(fällig am 01. jedes Monats, erstmalig zu Versicherungsbeginn)	145,26 EUR
--------------	-----------	--	------------

abzüglich Verrechnung der derzeitigen Überschussbeteiligung*			52,22 EUR
--	--	--	-----------

Zahlbeitrag			93,04 EUR
-------------	--	--	-----------

(* Den Abzug einer Überschussbeteiligung können wir nicht garantieren. Die Überschussbeteiligung ist veränderlich und kann schlechtestenfalls Null betragen.)

Die Beitragszahlung beginnt am			01.08.2024
--------------------------------	--	--	------------

Der letzte Beitrag ist fällig zum			01.07.2061
-----------------------------------	--	--	------------

Falls Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilen, sorgen Sie bitte rechtzeitig für ausreichende Deckung auf Ihrem Konto.

Der erste Beitrag ist unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn.

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten, außer Sie weisen uns nach, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, außer Sie weisen uns nach, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind zu den oben angegebenen Fälligkeitsterminen zu zahlen. Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, gefährden Sie den Versicherungsschutz. Außerdem können wir den Vertrag unter bestimmten Voraussetzungen kündigen. Diese Nachteile treten nicht ein, wenn die Zahlung ohne Ihr Verschulden ausgeblieben ist bzw. verspätet war.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter "Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?" und "Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?" nach.

A In den Beitrag einkalkulierte Kosten

Alle nachfolgenden Kostenausweise erfolgen auf Grundlage der oben angegebenen Beitragshöhe. Etwaige zukünftige Vertragsänderungen wie z. B. Zuzahlungen während der Vertragslaufzeit, die Umwandlung in eine prämien-/beitragsfreie Versicherung, Dynamikerhöhungen, etc., können die Kosten verringern oder erhöhen.

I. Abschluss- und Vertriebskosten: 2.165,71 EUR.

Die gesamten Abschluss- und Vertriebskosten werden nicht gesondert in Rechnung gestellt, sondern sind bereits in den Beitrag einkalkuliert. Diese Kosten decken z. B. die Vergütung des Abschlussvermittlers, die Kosten der Antrags-/Risikoprüfung sowie der Antrags- und Vertragsunterlagen.

Ein Kostenteil in Höhe von 1.547,07 EUR wird dem Vertrag zu Vertragsbeginn einmalig belastet. Im Falle einer prämienfreien Umwandlung wird die prämienfreie Versicherungssumme jedoch unter Berücksichtigung eines Mindestdeckungskapitals berechnet, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Vertragsjahre berechnet. Dies hat zur Folge, dass bei einer prämienfreien Umwandlung vor Ablauf von 5 Jahren weniger als die gesamten einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten angesetzt werden.

II. Übrige in den Beitrag einkalkulierte Kosten

1. Verwaltungskosten

a) Während der Laufzeit (= Beitragszahlungsdauer) werden die Verwaltungskosten aus den Beiträgen gedeckt:



- In den Beitrag unmittelbar einkalkulierte Verwaltungskosten:
Während der Laufzeit (= Beitragszahlungsdauer) von 37 Jahren bis zum 01.08.2061 entfallen auf die Jahresprämie (1.743,12 EUR) unmittelbar einkalkulierte Verwaltungskosten von jährlich 205,33 EUR.
 - b) (entfällt)
 - c) Mögliche sich aus a) und b) ergebende Verwaltungskosten im 1. vollen Vertragsjahr: 205,33 EUR.
2. Sonstige einkalkulierte Kosten: 0,00 EUR.

B Mögliche sonstige Kosten

Aus besonderem Anlass oder einmalig können Kosten entstehen, die nicht in den Beitrag einkalkuliert sind. Für folgende mögliche Aufwände stellen wir Ihnen aktuell folgende Kosten in Rechnung:

Mahnung eines Beitrags	1,00 EUR
Mahnzins	gesetzlicher Verzugszins (5 % -Punkte über Basiszins)
Rückläufer im Lastschriftverfahren	6,00 EUR
Policenabschrift / -zweitschrift bzw. Ersatzversicherungsschein	30,00 EUR
Vertragsänderung (außer einfache Bearbeitung)	15,00 EUR
Entnahme des Überschussguthabens (sofern bedingungsgemäß möglich)	2,50 EUR
Entnahme von Fondsanteilen (sofern bedingungsgemäß möglich)	1 % der Entnahmesumme, maximal 50,00 EUR
Verrechnung offener Darlehenszinsen mit den Überschüssen der Versicherung	2,50 EUR
Kosten für Arztauskünfte (z. B. im Zuge der Leistungsprüfung)	nach tatsächlichem Anfall
Entnahme eines Vertragswerts aufgrund Versorgungsausgleichs	2 % des Vertragswerts aus der Ehezeit, aber: mindestens 200,00 EUR, höchstens 500,00 EUR

Sofern Sie uns im Falle des Ansatzes einer Pauschale nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, so entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

Die Höhe der in Teil B genannten Kostensätze kann sich während der Vertragslaufzeit ändern. Auf Wunsch geben wir Ihnen während der Vertragslaufzeit gerne die aktuellen Kostensätze bekannt.

Möchten Sie mehr zu diesem Thema wissen, sehen Sie dazu bitte in den Allgemeinen Bedingungen unter „Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?“ nach.



Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Selbstständige Berufsunfähigkeitsversicherung mit Arbeitsunfähigkeitsschutz (Komfort-Schutz)

(GN311083_202207)

Inhaltsverzeichnis

Einführung

Leistung

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Was ist Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
- § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?
- § 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?
- § 8 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 9 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?
- § 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?
- § 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 12 Wer erhält die Leistung?

Beitrag

- § 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
- § 14 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn

- § 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

- § 16 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?
- § 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?
- § 18 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

Kosten

- § 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?
- § 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Sonstige Vertragsbestimmungen

- § 21 Was gilt für unsere Kapitalanlage?
- § 22 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?
- § 23 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?
- § 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 25 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Begriffsbestimmungen

Einführung

Bitte beachten Sie, dass die in den nachfolgenden Bedingungen verwendeten Begriffe der Berufsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Arbeitsunfähigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder den entsprechenden Begriffen im Sinne der Versicherungsbedingungen der privaten Krankentagegeldversicherung übereinstimmen.

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistungspflicht setzt den Eintritt eines Versicherungsfalles (Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit, spezielle Beeinträchtigung, Wiedereingliederung, Umorganisation, Rehabilitation) während der Versicherungsdauer voraus. Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

Die Leistungsdauer bezeichnet den Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung **längstens** erbracht wird. Bei unseren Leistungen bei Berufsunfähigkeit sowie Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (siehe Absätze 1 bis 3) entspricht die Leistungsdauer der Versicherungsdauer. Bei



unseren Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen (siehe Absätze 5 bis 8) sowie bei Arbeitsunfähigkeit (siehe Absätze 11 bis 14) ist die Leistungsdauer jeweils auf maximal 24 Monate begrenzt. Bei der Wiedereingliederungshilfe, der Umorganisationshilfe sowie der Rehabilitationshilfe handelt es sich jeweils um eine einmalige Kapitalleistung (ohne Leistungsdauer).

Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit

(1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer entweder

- berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 5) oder
- berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absätze 6 bis 9), ohne dass Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 Absätze 1 bis 5 vorliegt,

erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die Versicherungsdauer. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich unsere Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung nach dem Eintritt des Versicherungsfalls bis zu dessen Ende garantiert zum Beginn jedes Versicherungsjahres um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Mit dem Ende des Versicherungsfalls wird die Erhöhung auf 0,00 EUR gesetzt. Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls beginnt die Rentenzahlung also wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalls um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz; frühere Rentensteigerungen bleiben unberücksichtigt. Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, beginnt die Rentenzahlung mit der aus dem ersten Versicherungsfall erreichten Rente und steigert sich von da aus weiter.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte Beitragszahlungsdauer.

Im vorliegenden Tarif gilt: Bei Berufsunfähigkeit nach § 2 Absätze 1 bis 5 erbringen wir unterhalb eines Grades der Berufsunfähigkeit von 50 % keine Leistungen. Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit nach § 2 Absätze 6 bis 9 erbringen wir unsere Leistungen auch unterhalb eines Grades der Berufsunfähigkeit von 50 %.

(2) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung entsteht

- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Karenzzeit abläuft. Der

Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet ein Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall (Berufsunfähigkeit) aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor. War unsere Leistungspflicht anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist die Anspruchsbeendigung an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

(4) Wird die versicherte Person erst nach dem Ablauf der Versicherungsdauer berufsunfähig, besteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung.

Unsere Leistungen bei speziellen Beeinträchtigungen

(5) Ist die versicherte Person weder berufsunfähig noch berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit und tritt bei ihr während der Versicherungsdauer eine spezielle Beeinträchtigung im Sinne des § 2 Absatz 13 ein, erbringen wir folgende Leistungen mit einer auf längstens 24 Monate begrenzten Leistungsdauer.

- Wir zahlen die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die Versicherungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer für spezielle Beeinträchtigungen. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich diese Berufsunfähigkeitsrente nach Eintritt der speziellen Beeinträchtigung und bis zu deren Ende, längstens 24 Monate, und zwar zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Nach dem Ende der speziellen Beeinträchtigung, längstens aber nach 24 Monaten, wird die Erhöhung der Berufsunfähigkeitsrente zurückgesetzt. Das bedeutet, dass bei jedem danach während der Versicherungsdauer eintretenden Versicherungsfall die Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wieder in Höhe der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitsrente beginnt; in der Vergangenheit eventuell bereits erfolgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die Beitragszahlungsdauer und längstens bis zum Ablauf der auf 24 Monate begrenzten Leistungsdauer.



(6) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung entsteht

- mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die spezielle Beeinträchtigung (siehe § 2 Absatz 13) eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit Ablauf des Versicherungsmonats, in dem die Karenzzeit abläuft. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die spezielle Beeinträchtigung während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Die maximale Leistung von 24 Monatsrenten verkürzt sich um die Zahl an Monatsrenten, die auf die Karenzzeit entfallen.

(7) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung wegen einer speziellen Beeinträchtigung endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die 24-monatige Leistungsdauer läuft ab.
- Die spezielle Beeinträchtigung im Sinne des § 2 Absatz 13 liegt nicht mehr vor oder die versicherte Person wird berufsunfähig bzw. berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit. War unsere Leistungspflicht wegen spezieller Beeinträchtigung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, ist eine Anspruchsbeendigung vor Ablauf der 24-monatigen Leistungsdauer an die Voraussetzungen und Fristen nach § 9 gebunden.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.

(8) Leistungen nach den Absätzen 5 bis 7 können nur einmalig in Anspruch genommen werden. Mit der Anspruchsbeendigung nach Absatz 7 erlischt die Leistungspflicht aus den Absätzen 5 bis 7 insgesamt und endgültig. Dies gilt auch dann, wenn die 24-monatige Leistungsdauer bis zur Beendigung noch nicht voll ausgeschöpft war.

Unsere Leistung bei Rehabilitationsmaßnahmen

(9) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 5) oder berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 2 Absätze 6 bis 9) und hat sie deswegen freiwillig einen oder mehrere Rehabilitations-Dienst(e) auf eigene Kosten in Anspruch genommen, zahlen wir eine Rehabilitationshilfe von bis zu maximal 1.000,00 EUR. Voraussetzung ist, dass die Inanspruchnahme des Rehabilitations-Dienstes geeignet ist, zu einer schnelleren Wiederherstellung der Berufsfähigkeit beizutragen. Ihnen steht die freie Wahl aus allen am Markt verfügbaren entsprechenden Dienstleistern offen. Wenn Sie sich bereits im Vorfeld einer Inanspruchnahme an uns wenden, prüfen wir gerne vorab, ob wir eine entsprechende Eignung anerkennen. Ob die Maßnahmen tatsächlich den beabsichtigten Erfolg erzielen, ist für unsere Leistung ohne Bedeutung.

Die Rehabilitationshilfe kann einmalig oder mehrfach in Anspruch genommen werden, insgesamt jedoch maximal in Höhe einer Gesamtleistung von 1.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen.

Unsere Leistung bei Wiedereingliederung

(10) Wurde die versicherte Person während der Versicherungsdauer berufsunfähig (siehe § 2 Absätze 1 bis 5) und stellen wir unsere anerkannte oder gerichtlich festgestellte Leistungspflicht nach § 9 ein, zahlen wir eine Wiedereingliederungshilfe, wenn außerdem die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person hat eine Umschulungsmaßnahme durch das Arbeitsamt oder einen anderen Träger erfolgreich abgeschlossen und übt wieder eine Tätigkeit aus, die sie aufgrund der bisherigen und/oder der neu erworbenen beruflichen Fähigkeiten und/oder Ausbildungen ausüben kann und die ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht.
- Bei Entstehen des Anspruchs auf Wiedereingliederungshilfe, das heißt zum Zeitpunkt der Einstellung der Zahlungen im Nachprüfungsverfahren nach § 9, beträgt die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 12 Monate.

Die Wiedereingliederungshilfe ist eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten, insgesamt maximal 15.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen. Eine Monatsrente entspricht dabei der zuletzt vor Leistungseinstellung gezahlten Monatsrente. Bei erneuter Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit, spezieller Beeinträchtigung oder Arbeitsunfähigkeit innerhalb von 6 Monaten wird eine geleistete Wiedereingliederungshilfe dann auf neu entstehende Rentenansprüche zu deren Tilgung angerechnet, wenn die erneute Leistungspflicht auf dem im Wesentlichen gleichen medizinischen Grund beruht.

Unsere Leistungen bei vorübergehender Arbeitsunfähigkeit (AU-Schutz)

(11) Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit einerseits und Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit bzw. wegen spezieller Beeinträchtigung andererseits können nicht für identische Zeiträume bezogen werden. Mit dieser Maßgabe gilt:

Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer

- mindestens 3 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig (siehe § 2 Absätze 10 und 11) und bescheinigt ein Facharzt das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähig-



keit bis zum Ende eines insgesamt sechs Monate ununterbrochenen Zeitraums,

- mindestens 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig (siehe § 2 Absätze 10 und 11),

erbringen wir folgende Leistungen:

- Wir zahlen eine Arbeitsunfähigkeitsrente in Höhe der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente, längstens für die vereinbarte Versicherungsdauer, wobei die Leistung auf insgesamt maximal 24 Monatsrenten beschränkt ist. Bei vereinbarter Karenzzeit verkürzt sich die maximale Leistung von 24 Monatsrenten um die Zahl an Monatsrenten, die auf die Karenzzeit entfallen. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung eingeschlossen haben, erhöht sich diese Arbeitsunfähigkeitsrente nach Eintritt der Arbeitsunfähigkeit und bis zu deren Ende, längstens 24 Monate, und zwar zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres, um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz (garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn). Nach dem Ende der Arbeitsunfähigkeit, längstens aber nach 24 Monaten, wird die Erhöhung der Arbeitsunfähigkeitsrente zurückgesetzt. Das bedeutet, dass bei jedem danach während der Versicherungsdauer eintretenden Versicherungsfall die Berufsunfähigkeits- bzw. die Arbeitsunfähigkeits-Rentenzahlung wieder in Höhe der ursprünglich versicherten Berufsunfähigkeitsrente beginnt; in der Vergangenheit eventuell bereits erfolgte garantierte Rentensteigerungen werden nicht angerechnet.
- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Berufsunfähigkeitsversicherung sowie eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen, längstens für die vereinbarte jeweilige Beitragszahlungsdauer sowie längstens für die Zeit, für die wir gemäß dem vorstehenden Punkt eine Arbeitsunfähigkeitsrente zahlen.

Ist die versicherte Person während der Versicherungsdauer mehrmals 6 Monate ununterbrochen arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, ist die Leistungsdauer für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeitszeiten zusammen auf 24 Monate beschränkt.

(12) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht

- nach Ablauf des dritten vollen Versicherungsmonats mit der Erstellung der Fortdauer-Bescheinigung für den vierten bis sechsten Monat, dann rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs des ersten vollen Versicherungsmonats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist;
- mit Ablauf des sechsten vollen Versicherungsmonats rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs des ersten vollen Versicherungsmonats, in dem die Arbeitsunfähigkeit eingetreten ist;
- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit nach dem Ablauf des vierten vollen Versicherungsmonats mit der Erstellung der Fortdauer-Bescheinigung für den vierten bis sechsten Monat, dann rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs der Karenzzeit. Der Ablauf der Karenzzeit

setzt voraus, dass die Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert.

Endet ein Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

- im Fall einer vereinbarten Karenzzeit mit dem Ablauf des sechsten vollen Versicherungsmonats, rückwirkend auf den Zeitpunkt des Ablaufs der Karenzzeit. Der Ablauf der Karenzzeit setzt voraus, dass die Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen während der Karenzzeit ununterbrochen bestanden hat und bei deren Ablauf noch andauert. Endet ein Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall (Arbeitsunfähigkeit) aufgrund derselben Ursache ein, werden bereits zurückgelegte Karenzzeiten berücksichtigt.

(13) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung wegen Arbeitsunfähigkeit endet in folgenden Fällen mit Ablauf des jeweiligen Versicherungsmonats:

- Die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt nicht mehr vor.
- Die versicherte Person stirbt.
- Die Versicherungsdauer läuft ab.
- Die maximale Anzahl von insgesamt 24 Monatsrenten wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit wurde erbracht.
- Die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit ist von uns anerkannt bzw. gerichtlich festgestellt, oder Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit werden von uns erbracht.

(14) Sobald wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit oder wegen einer speziellen Beeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen erbringen, stellen wir unsere Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit ein. Wurde von uns ein Anspruch auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit rückwirkend anerkannt, werden etwaige im maßgeblichen Zeitraum wegen Arbeitsunfähigkeit erbrachte Leistungen mit dem Anspruch verrechnet; wir behandeln die Leistungen des maßgeblichen Zeitraums dann rückwirkend als solche wegen Berufsunfähigkeit, das heißt diese Monate werden nicht auf die maximale Leistungsdauer von 24 Monatsrenten wegen Arbeitsunfähigkeit angerechnet.

Keine Leistung bei Tod (allenfalls Überschüsse)

(15) Stirbt die versicherte Person bei laufender Beitragszahlung, wird Ihr Versicherungsvertrag zur nächsten Beitragsfälligkeit beendet; eine Leistung aus der Hauptversicherung wird nicht fällig. War Ihr Versicherungsvertrag zuvor prämienfrei umgewandelt, wird er in diesem Fall zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) beendet. Es



erfolgt keine Auszahlung eines Rückkaufswerts aus der Hauptversicherung. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Sie erhalten jedoch - wenn und soweit vorhanden - die Überschüsse und Bewertungsreserven (siehe § 3 Absatz 5). Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, kommt es insoweit auf deren Versicherungsumfang an.

Sonstige Regelungen für alle Leistungen

(16) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(17) Eine Meldefrist besteht nicht (siehe § 7 Absatz 1). Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls erleichtert jedoch die Prüfung Ihrer Ansprüche und verringert bzw. vermeidet etwaige Feststellungsschwierigkeiten.

(18) Die jeweilige Rente zahlen wir monatlich im Voraus.

(19) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf das uns angegebene Konto. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Zahlungsverkehrsraumes (SEPA) trägt der Empfangsberechtigte die verbundene Gefahr. Eine Auszahlung in anderer Weise, insbesondere in bar oder per Scheck, ist ausgeschlossen.

(20) Ein entstandener Anspruch wird in der Regel erst fällig, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten (siehe § 7 Absätze 3 bis 8) erfüllt haben und wir daraufhin unsere Erhebungen abschließen konnten (siehe § 7 Absatz 9). Wir entscheiden dann über die Leistungspflicht. Bis zu dieser Entscheidung müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bezahlen; wir werden sie jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht zurückzahlen.

Sie können in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass Ihnen die Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos gestundet werden. Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind gestundete Beiträge unverzinst nachzuzahlen, entweder

- in Form einer einmaligen Zahlung oder
- in maximal 48 Monatsraten (Einzelrate mindestens 25,00 EUR) oder
- - sofern ein ausreichendes Deckungskapital vorhanden ist - durch eine Verrechnung mit diesem Deckungskapital, was nach Ihrer Wahl entweder zu einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder zu einer Erhöhung des zukünftigen Beitrags führt.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit werden die Beiträge für die Karenzzeit weder zurückerstattet noch gestundet, da während der Karenzzeit Beitragszahlungspflicht besteht.

Vorschuss bei Krebserkrankung (Krebsklausel)

(21) Bei einer Krebserkrankung leisten wir abweichend von Absatz 20 bereits vor dem Abschluss unserer Erhebungen zum Vorliegen des bedingungsgemäßen Versicherungsfalles nicht rückforderbare Vorschüsse auf unsere noch nicht fälligen Leistungen nach den Absätzen 1 bis 3, wenn die beiden folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Die versicherte Person erkrankt während der Versicherungsdauer an Krebs im Sinne des § 2 Absatz 12 und es werden deswegen bei uns Leistungen nach Absatz 1 bis 3 beantragt. Zwischen der ersten Diagnose und dem Leistungsantrag liegen nicht mehr als sechs Monate.
- Der Vertrag muss zum Zeitpunkt der ersten Diagnose der Krebserkrankung bereits mindestens 6 Monate bestanden haben und eine etwaige Karenzzeit bereits abgelaufen sein.

Wir leisten die Vorschüsse monatlich mit Beginn des folgenden Monatsersten, nachdem der Krebs diagnostiziert und Leistungen nach Absatz 1 bis 3 beantragt wurden. Die Vorschüsse umfassen sowohl die Zahlung der monatlichen Berufsunfähigkeitsrente als auch die Befreiung von der Pflicht zur Zahlung der Beiträge zur Berufsunfähigkeitsversicherung. Wir leisten die Vorschüsse solange bis die Erhebungen zur Feststellung der Berufsunfähigkeit abgeschlossen sind, maximal jedoch für einen Zeitraum von 15 Monaten.

Sollten unsere Erhebungen ergeben, dass Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, zahlen wir die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente und befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht; in diesem Fall werden die Vorschüsse mit dem Anspruch nach Absatz 1 bis 3 verrechnet. Vorschüsse und bedingungsgemäße Leistungen nach Absatz 1 bis 14 werden nicht doppelt gezahlt. Sollten unsere Erhebungen ergeben, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht vorliegt, verzichten wir auf die Rückforderung der erbrachten Vorschüsse.

Bessert sich der Gesundheitszustand der versicherten Person während des Vorschussbezuges, leisten wir die Vorschüsse längstens bis zum Ablauf der 15 Monate weiter.

Mit der Vorschusszahlung ist keine Verschiebung unserer Erhebungen zum Vorliegen der Berufsunfähigkeit und unserer Leistungspflicht nach den Absätzen 1 bis 3 verbunden. Diese Erhebungen werden von uns unverzüglich begonnen und durchgeführt.

Der Anspruch auf Vorschusszahlung endet in folgenden Fällen:

- Wir erkennen unsere Leistungspflicht nach Absatz 1 bis 3 an (oder diese wird festgestellt).
- Wir lehnen unsere Leistungspflicht nach Absatz 1 bis 3 ab und haben 15 Monatsvorschüsse (Rente und Beitragsbefreiung) geleistet.
- Mit Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.
- Mit Ende der Versicherungsdauer.



(22) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 3).

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Berufsunfähigkeit

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder
- bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist,

ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % auszuüben, und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht (konkrete Verweisung). In beiden Fällen liegt bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit bereits von Beginn der Sechsmonats-Frist an vor.

Als eine der Ausbildung und den Fähigkeiten sowie der bisherigen Lebensstellung entsprechende andere Tätigkeit wird nur eine solche Tätigkeit angesehen, die keine deutlich geringeren Kenntnisse und Fähigkeiten erfordert und die in wirtschaftlicher Hinsicht (Vergütung) und sozialer Wertschätzung nicht spürbar unter das Niveau der bislang ausgeübten beruflichen Tätigkeit absinkt. Unzumutbar ist dabei jedenfalls eine Einkommensminderung von 20 % oder mehr gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf. Sollte der Bundesgerichtshof nachhaltig einen niedrigeren Prozentsatz als im Regelfall unzumutbare Einkommensminderung festlegen, werden wir diesen zu Ihren Gunsten anwenden. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinne sein.

Zugunsten von Studenten, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Studienzzeit befinden, berücksichtigen wir sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch hinsichtlich der sozialen Wertschätzung diejenige Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss des Studiums erreicht wird. Zugunsten von Auszubildenden, die sich in der zweiten Hälfte der gesetzlich vorgesehenen oder im Durchschnitt üblichen Ausbildungszeit befinden, berücksichtigen wir sowohl hinsichtlich der Vergütung als auch hinsichtlich der sozialen Wertschätzung diejenige Lebensstellung, die normalerweise mit erfolgreichem Abschluss der Ausbildung erreicht wird.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Ist die versicherte Person Arzt, Zahnarzt, Tierarzt, Apotheker, Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater und/oder Wirtschaftsprüfer, beschränken wir uns bei einer konkreten Verweisung auf andere für die versicherte Person in diesem konkreten Beruf zulässige Tätigkeiten (d. h. wir verweisen z. B. einen Tierarzt konkret nur auf andere für Tierärzte zulässige Tätigkeiten, einen Rechtsanwalt nur auf andere für Rechtsanwälte zulässige Tätigkeiten, usw.).

Selbstständige/Gesellschafter und Umorganisationshilfe

(2) Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn ein Selbstständiger oder Gesellschafter über seinen Einfluss auf die betriebliche Situation durch zumutbare Umorganisation eine Tätigkeit ausüben kann, durch die er eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat. Eine Umorganisation ist zumutbar, wenn sie wirtschaftlich und betrieblich zweckmäßig ist. Die konkret ausgeübte oder im Rahmen der Umorganisation ausübende Tätigkeit muss aufgrund der Gesundheitsverhältnisse sowie der Ausbildung und Fähigkeiten zumutbar sein und der bisherigen Lebensstellung entsprechen (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Bei der Einkommensminderung ist der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

Wir verzichten darauf, die Zumutbarkeit einer Umorganisation abstrakt zu prüfen, wenn

- die versicherte Person eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in ihrer täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 % kaufmännische, beratende, planerische oder organisatorische Tätigkeiten ausübt (z. B. als Rechtsanwalt, Notar, Steuerberater oder Wirtschaftsprüfer, Ingenieur, Informatiker oder Architekt);
- die versicherte Person in ihrem Betrieb weniger als 5 Mitarbeiter beschäftigt. Zu den Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte, ausgenommen sind Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten oder
- die versicherte Person freiberuflich/selbstständig als Arzt, Zahnarzt, Tierarzt oder Apotheker tätig ist.

Ist die Umorganisation zumutbar und liegt nur deshalb keine bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit vor, beteiligen wir uns an den Kosten der Umorganisation: Wir zahlen Ihnen in diesem Fall eine Umorganisationshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitalleistung, maximal 15.000,00 EUR für alle bei der NÜRNBERGER Versicherung auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen. Voraussetzung ist, dass die verbleibende Versicherungsdauer für eine eingeschlossene Berufsunfähigkeitsrente zum Zeitpunkt des Beginns der ohne die Möglichkeit der Umorganisation andernfalls gegebenen



Berufsunfähigkeit noch mindestens 12 Monate beträgt. Tritt innerhalb eines Jahres nach Zahlung der Umorganisationshilfe bedingungsgemäße Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit ein, wird die Umorganisationshilfe mit neu entstehenden Rentenansprüchen zu deren Tilgung verrechnet.

(3) Bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist grundsätzlich der zuletzt ausgeübte Beruf maßgebend, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, mit folgenden Maßgaben:

Die Bemessung des Grads der Berufsunfähigkeit erfolgt nach einer Gesamtbetrachtung. Berücksichtigt werden dabei der zeitliche Anteil der einzelnen beruflichen Tätigkeiten und die verbliebene Fähigkeit der versicherten Person zur Ausübung prägender beruflicher Tätigkeiten.

Unter prägenden beruflichen Tätigkeiten verstehen wir wesentliche, unverzichtbare berufliche Tätigkeiten, die untrennbarer Bestandteil eines beruflichen Gesamtvorgangs sind und deren Wegfall sich so dominierend auswirkt, dass die Gesamttätigkeit ohne sie nicht mehr in ein sinnvolles Arbeitsergebnis mündet.

Arbeitszeitänderungen

a) Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihres zuletzt ausgeübten Berufes aus gesundheitlichen Gründen, bleibt diese Reduzierung bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit unberücksichtigt.

Reduziert die versicherte Person während der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihrer beruflichen Tätigkeit aus anderen als gesundheitlichen Gründen, legen wir für einen Zeitraum von 10 Jahren ab der Reduzierung bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit den vorherigen zeitlichen Umfang der beruflichen Tätigkeit zugrunde. Nach Ablauf von 10 Jahren legen wir bei fortbestehender Arbeitszeitreduzierung den reduzierten zeitlichen Umfang zugrunde.

Erhöht die versicherte Person während der Versicherungsdauer den zeitlichen Umfang ihrer beruflichen Tätigkeit nicht nur vorübergehend, legen wir bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit zu ihren Gunsten den erhöhten zeitlichen Umfang zugrunde.

Berufswechsel

b) Ein Berufswechsel ist uns nicht anzuzeigen. Es genügt, wenn uns ein Berufswechsel nach Anzeige eines eingetretenen Versicherungsfalls im Rahmen der dann abzugebenden Beschreibung des zuletzt ausgeübten Berufs bekannt wird (siehe § 7 Absatz 4 Buchstabe b).

Hat die versicherte Person infolge einer fortschreitenden Krankheit oder Kräfteverfalls ihren Beruf leidensbedingt gewechselt, legen wir bei der Prüfung der Berufsunfähig-

keit den bei Eintritt des Leidens ausgeübten Beruf als maßgebend zugrunde, sofern sich dies zugunsten der versicherten Person auswirkt.

Hat die versicherte Person ihren Beruf aus anderen als gesundheitlichen Gründen gewechselt, können Sie von uns eine "Günstigerprüfung bei Berufswechsel" verlangen. Wir prüfen dann, ob sich aus dem Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer ein reduzierter Beitrag ergibt. Die Regelungen hierzu finden Sie unter dem Gliederungspunkt "weitere Gestaltungsmöglichkeiten" in § 15 Absatz 9.

Hausfrauen/-männer

c) Bei Hausfrauen/-männern kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit

- allein auf die von ihr/ihm vor Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfelder an. Voraussetzung für die Zugrundelegung dieses Berufsbildes ist, dass der Versicherungsschutz für den Fall der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann ohne anderweitige Berufsausübung abgeschlossen wurde und dieser Status bis zum Eintritt der Berufsunfähigkeit ununterbrochen vorgelegen hat.
- Hat die Hausfrau/der Hausmann hingegen nach Abschluss der Versicherung zwischenzeitlich oder bis zuletzt eine oder mehrere anderweitige Berufstätigkeiten ausgeübt, kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit allein auf die letzte dieser anderweitigen Berufstätigkeiten an.

Ausscheiden aus dem Berufsleben

d) Scheidet die versicherte Person vor Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zeitweise oder endgültig aus dem Berufsleben aus, wird Ihre Berufsunfähigkeitsversicherung dadurch nicht beendet, sondern bis zum Ablauf der Versicherungsdauer von uns fortgeführt.

Ab dem Zeitpunkt und solange die versicherte Person aus dem Berufsleben ausgeschieden ist, kommt es bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit auf den vor dem Ausscheiden zuletzt ausgeübten Beruf an, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war. Berufsunfähigkeit liegt dann nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus dem Berufsleben entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person nach dem Ausscheiden noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Zugunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuer-



beratern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in Absatz 1 genannten Spezialregelungen für diese Berufe entsprechend.

Schüler

e) Ist die versicherte Person Schüler, gilt als Beruf im Sinne von Absatz 1 die zuletzt ausgeübte Tätigkeit als Schüler, so wie sie ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgeübt wurde.

Dabei berücksichtigen wir den zuletzt besuchten Unterricht in seiner konkreten Ausgestaltung einschließlich der Hausaufgaben, der Bewältigung des Schulwegs sowie der Ausstattung des Schulgebäudes.

Schüler im Sinne dieser Bedingungen ist, wer sich

- in Schulausbildung an einer allgemeinbildenden Schule befindet,
- noch keine abgeschlossene Berufsausbildung oder abgeschlossenes Studium hat und
- kein Auszubildender oder Student im Sinne von Absatz 1 ist.

Die Berufsunfähigkeit als Schüler liegt nicht mehr vor, wenn die versicherte Person eine Berufsausbildung oder ein Studium beginnt oder eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.

Unberücksichtigt bleibt dabei eine als Mensch mit Behinderung aufgenommene Tätigkeit oder Ausbildung in einer besonderen Einrichtung für Menschen mit Behinderung.

Infektionsklausel

(4) Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn und solange von der versicherten Person eine Infektionsgefahr für andere Personen ausgeht und

- eine auf gesetzlichen Vorschriften oder einer behördlichen Anordnung beruhende Verfügung der versicherten Person die Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit wegen dieser Infektionsgefahr ganz oder teilweise untersagt und
- die versicherte Person dadurch zu mindestens 50 % außerstande ist, ihre berufliche Tätigkeit, so wie sie vor der Infektionsgefahr ausgestaltet war, auszuüben, und sie auch nicht ausübt.

Das vollständige oder teilweise Tätigkeitsverbot muss sich voraussichtlich ununterbrochen über mindestens 6 Monate erstrecken oder 6 Monate ununterbrochen bestanden haben.

Die Anordnung ist uns im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie vorzulegen.

Berufsunfähigkeit im Sinne der Infektionsklausel liegt nicht vor, wenn die versicherte Person eine andere Tätigkeit

ausübt, zu der sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt der behördlichen Anordnung entspricht (siehe Absatz 1 Unterabsatz 2). Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte. Zugunsten von Studenten und Auszubildenden sowie von Ärzten, Zahnärzten, Tierärzten, Apothekern, Rechtsanwälten, Notaren, Steuerberatern und/oder Wirtschaftsprüfern gelten die in Absatz 1 genannten Spezialregelungen für diese Berufe entsprechend.

Vorübergehende Umstände

(5) Bei der Bemessung der Berufsunfähigkeit und deren Grades bleiben vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit

Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist auch die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit.

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei

- Pflegebedürftigkeit nach Art und Umfang der Beeinträchtigung der Alltagskompetenz (sogenannter ADL-Score, siehe Absatz 6).
- Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB (Absätze 7 und 8);
- Autonomieverlust wegen Demenz (Absatz 9).

Absatz 5 gilt im Rahmen der Absätze 6 bis 9 entsprechend.

Pflegebedürftigkeit nach ADL-Score

(6) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Verletzung des Körpers oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, gesundheitlich beeinträchtigt ist und

- voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen so hilflos ist oder
- bereits 6 Monate ununterbrochen so hilflos gewesen ist,

dass sie für mindestens einen Punkt der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf, und zwar selbst bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel. In beiden Fällen liegt bedingungs-gemäße Pflegebedürftigkeit bereits von Beginn der Sechsmonats-Frist an vor.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe



durch eine andere Person. Bei der Bewertung muss ein Punkt aus der nachstehenden Punkttabelle erfüllt sein:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung im Zimmer benötigt.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann. Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich des Verrichtens der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Pflegebedürftigkeit im Sinne des SGB

(7) Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch Andere bedarf. Die versicherte Person muss körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

- Mobilität;
- kognitive und kommunikative Fähigkeiten;
- Verhaltensweisen und psychische Problemlagen;
- Selbstversorgung;

- Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen;
- Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Mit der Bewertungssystematik der §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2020 sowie der dazugehörigen Anlagen 1 und 2 dieser Fassung wird für die versicherte Person der Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person mindestens 27 Gesamtpunkte nach dieser Bewertungssystematik erreicht.

(8) Die Definition der in Absatz 7 beschriebenen Pflegebedürftigkeit entspricht Pflegegrad 2 oder höher nach den §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 22.12.2020. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat keine Auswirkung auf die Definition in Absatz 7 und führt zu keiner Änderung des Leistungsumfangs dieses Vertrages.

Autonomieverlust wegen Demenz

(9) Pflegebedürftigkeit liegt außerdem auch dann von Beginn an vor, wenn bei der versicherten Person mindestens 6 Monate ununterbrochen ein Autonomieverlust wegen Demenz vorliegt. Der Autonomieverlust wegen Demenz ist ärztlich nachzuweisen und setzt voraus, dass die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung entweder

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens zwei Punkten der in Absatz 6 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten "mittelschwere Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit

(10) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit liegt von Beginn der ersten Krankschreibung vor, wenn die versicherte Person

- mindestens 3 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und ein Facharzt der entsprechenden Fachrichtung das voraussichtliche Fortdauern der Arbeitsunfähigkeit bis zum Ende eines insgesamt sechs Monate ununterbrochenen Zeitraums bescheinigt;



- mindestens 6 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben ist und mindestens eine der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden ist.

Die ärztlichen Bescheinigungen für die Arbeitsunfähigkeit müssen in ihrer Form § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) entsprechen und die Diagnose enthalten. Wir akzeptieren gleichwertige ärztliche Atteste insbesondere bei Schülern und Studenten. Wir erkennen Vorausbescheinigungen an, die zum Zeitpunkt der Ausstellung maximal 3 Monate in die Zukunft gerichtet waren (siehe § 7 Absatz 6).

Wenn wir Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung vorliegt.

(11) Arbeitsversuche im Rahmen einer ärztlich verordneten stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 des Sozialgesetzbuchs V (SGB V) stellen keine Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit dar.

Krebs

(12) Krebs im Sinne der Vorschussregelung gemäß § 1 Absatz 21 liegt vor, wenn bei der versicherten Person ein bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) diagnostiziert wurde und ein Onkologe einen der folgenden Punkte bestätigt:

- Die versicherte Person hat wegen Krebs bereits mit einer Chemotherapie oder einer Strahlentherapie begonnen oder diese steht unmittelbar bevor;
- Bei der versicherten Person wurde eine operative Behandlung der Krebserkrankung durchgeführt und aufgrund der Krebserkrankung ist eine der folgenden Voraussetzungen zusätzlich gegeben:
 - eine Chemotherapie oder eine Strahlentherapie wurde begonnen oder steht unmittelbar bevor
 - der operativen Behandlung wird sich eine voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen andauernde vollständige Arbeitsunfähigkeit anschließen.
- Die versicherte Person befindet sich wegen der Schwere der Krebserkrankung in einer palliativen Therapie (keine heilende, sondern nur lindernde Behandlung möglich).

Spezielle Beeinträchtigungen (ständiger Rollstuhlbefehl, hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Sehbehinderung)

(13) Eine spezielle Beeinträchtigung der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn aufgrund einer ärztlich nachgewiesenen Gesundheitsstörung

- sie voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen bei der Fortbewegung ständig auf einen Rollstuhl angewiesen ist oder dies bereits 6 Monate ununterbrochen gewesen ist; in diesem Fall liegt eine spezielle Be-

einträchtigung bereits von Beginn der Sechs-Monats-Frist an vor;

- die Hörfähigkeit beider Ohren sehr stark eingeschränkt ist und der Hörverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Hörgerät) gebessert werden kann (der Hörverlust für gesprochene Wörter [500 Hz - 3 kHz] muss auf beiden Ohren jeweils mindestens 80 Dezibel [≥ 80 db] betragen);
- die Sehfähigkeit beider Augen sehr stark eingeschränkt ist und der Sehverlust und dessen Ausmaß nicht durch zumutbare Hilfsmittel (z. B. Brillen/Kontaktlinsen) gebessert werden kann (Alternative 1: Das Restsehvermögen [Restsehschärfe/Visus] beträgt insgesamt nicht mehr als 0,05 oder 3/60; Alternative 2: Das Gesichtsfeld für die Schwarz-Weiß-Wahrnehmung ist auf weniger als 15 Grad Abstand vom Zentrum in alle Richtungen eingeschränkt).

Ausschlüsse

(14) Wenn wir mit Ihnen Ausschlüsse vereinbart haben oder besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes getroffen wurden, gelten diese für die Leistungen bei Berufsunfähigkeit einschließlich Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit, Arbeitsunfähigkeit und für die Leistungen bei spezieller Beeinträchtigung sowie für die Umorganisations-, die Wiedereingliederungs- sowie die Rehabilitationshilfe.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten nach § 153 VVG eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4) sowie
- wann wir die Überschüsse Ihres Vertrags gutbringen und wie wir sie je nach der von Ihnen gewählten Variante verwenden (Absatz 5).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

(2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbe-



teilung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht. Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

(3) a) Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen. Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen der Bestandsgruppe, die in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt ist. Voraussetzung hierfür ist, dass der Bestandsgruppe Überschüsse zugewiesen werden. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

b) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da für diese Versicherung keine oder allenfalls geringfügige Beiträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Dennoch entstehende Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

Bei Vertragsbeendigung gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven nach den jeweils gel-

tenden gesetzlichen Regelungen zu; derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Der Beteiligungsfaktor für die Zuteilung von Bewertungsreserven zu Ihrem Vertrag wird jährlich nach einem verursachungsorientierten Verfahren festgelegt. Für die Berechnung des Beteiligungsfaktors wird eine Maßzahl für Ihren Vertrag ermittelt, die den individuellen Beitrag Ihres Vertrags an der Entstehung der Bewertungsreserven misst. Das Verhältnis dieser Maßzahl zur Summe der für den gesamten Versichertenbestand ermittelten Maßzahlen ergibt den Beteiligungsfaktor. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung zusammen mit den verzinslich angesammelten Überschussanteilen fällig (vergleiche Absatz 5 Buchstabe e). Die absolute Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven zum Fälligkeitstermin ergibt sich durch Multiplikation des für Ihren Vertrag gültigen Beteiligungsfaktors mit den für diesen Termin ermittelten Bewertungsreserven. Weitere Informationen zur Berechnung des Beteiligungsfaktors sowie die Höhe der für das jeweilige Jahresende ermittelten Bewertungsreserven können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

(4) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind.

Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung der Kosten und die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sind von Bedeutung.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch 0,00 EUR betragen.

Welche Überschüsse gibt es und wie werden sie verwendet?

(5) Es gibt nachstehende Überschüsse, die wir für Sie - gegebenenfalls je nach der von Ihnen gewählten Variante - folgendermaßen verwenden:

a) Beitragspflichtige Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

aa) Für beitragspflichtige Versicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und mit den jeweiligen Beiträgen verrechnet (Abzug vom Beitrag). Die Verrechnung hat zur Folge, dass im jeweiligen Versicherungsjahr nicht der volle Tarif-



beitrag (Bruttobeitrag), sondern nur der entsprechend ermäßigte Nettobeitrag gezahlt werden muss.

bb) Alternativ zu den laufenden Überschussanteilen kann bei beitragspflichtigen Versicherungen die Überschussbeteiligung in Form einer Bonusrente gewählt werden.

Die Bonusrente wird in Prozent der versicherten Rente bei Beginn der Leistungspflicht (aufgrund Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit) bemessen und erhöht im Versicherungsfall die fällige Rente. Die Höhe der Bonusrente bemisst sich stets nach dem bei Beginn der Leistungspflicht geltenden Bonusrentensatz. Solange die versicherte Person ununterbrochen Versicherungsleistungen erhält, bleibt der Bonusrentensatz für diesen Vertrag unverändert. Werden keine Versicherungsleistungen gezahlt, wird keine Leistung aus der Bonusrente erbracht.

Endet ein Versicherungsfall und tritt innerhalb von 24 Monaten ein neuer Versicherungsfall aufgrund derselben Ursache ein, gilt der Bonusrentensatz aus dem ersten Versicherungsfall auch für den neuen Versicherungsfall.

Wird der Bonusrentensatz nach Versicherungsbeginn herabgesetzt, können Sie beantragen, die vertragliche Barrente ohne erneute Risikoprüfung mit Wirkung zum Beginn der nächsten Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) so aufzustocken, dass insgesamt wieder der vor Herabsetzung des Bonusrentensatzes gültige Versicherungsschutz erreicht wird. Der Antrag muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugehen, und die versicherte Person darf bei der Beantragung sowie zum Zeitpunkt der Aufstockung weder berufsunfähig, berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder arbeitsunfähig sein noch darf bereits ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden sein.

cc) Ist die Überschussvariante "Bonusrente" vereinbart, kann jederzeit ein Wechsel auf die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" beantragt werden.

dd) Ist die Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" vereinbart, haben Sie bei nachfolgend genannten, die versicherte Person betreffenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis einen Wechsel ohne erneute Risikoprüfung auf die Überschussvariante "Bonusrente" zu beantragen.

Auch wenn wir auf eine erneute Risikoprüfung verzichten, dürfen wir prüfen, ob die Voraussetzungen für die Ausübung des Wechselrechts erfüllt sind.

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners;

- Geburt oder Adoption eines Kindes oder Beendigung der Elternzeit (mit der Besonderheit, dass der Wechsel innerhalb von 12 Monaten ab dem Ende der für dieses Kind genommenen Elternzeit verlangt werden kann);
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf, z. B. Praxis-/Kanzleigründung bzw. -übernahme) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer;
- erfolgreicher Abschluss einer allgemein anerkannten Berufsausbildung;
- Aufnahme der beruflichen Tätigkeit nach Erreichen eines akademischen Abschlusses;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt oder Techniker, Meisterprüfung), verbunden mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens;
- Einkommenserhöhung um mindestens 250,00 EUR brutto monatlich;
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienwerb (z. B. Erwerb einer Eigentumswohnung) oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen, Angehörigen der freien Berufe und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Der Wechselantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Außerdem müssen folgende Voraussetzungen erfüllt sein:

- Die versicherte Person hat das 50. Lebensjahr noch nicht vollendet. Maßgeblich ist nicht der Zeitpunkt der Beantragung, sondern der Wechseltermin.
- Das Ereignis tritt erst nach dem Versicherungsbeginn ein.
- Bei dem das Wechselrecht begründenden Ereignis wird keine Leistungserhöhung im Rahmen der Gestaltungsmöglichkeiten nach § 15 Absätze 2 bis 5 vorgenommen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist die versicherte Person weder berufsunfähig, berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.



- Zum Zeitpunkt der Beantragung des Wechsels ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Die versicherte Person war innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Wechselantrags nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig.

b) Beitragsfreie Versicherungen vor Rentenbezug (nicht leistungspflichtige Versicherung)

Beitragsfreie Versicherungen erhalten zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent eines zum Ende des Versicherungsjahres eventuell vorhandenen Deckungskapitals. Ist zum Ende eines Versicherungsjahres kein Deckungskapital vorhanden, erhält die beitragsfreie Versicherung für dieses Jahr keine Überschüsse. Die laufenden Überschussanteile werden verzinslich angesammelt.

c) Versicherungen während eines Rentenbezugs (leistungspflichtige Versicherung)

Für Zeiten des Rentenbezugs gutgebrachte Überschussanteile bewirken zusätzlich zur garantierten Rentensteigerung (falls diese vereinbart wurde) eine jährliche Steigerung der fälligen Berufsunfähigkeits- bzw. Arbeitsunfähigkeitsrente (gegebenenfalls einschließlich Bonusrente). Die Erhöhung aus der Überschussbeteiligung erfolgt zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens nach einem vollen Rentenbezugsjahr.

d) Bewertungsreserven (nicht leistungspflichtige und leistungspflichtige Versicherungen)

Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt, hat Ihr Vertrag nach Absatz 3 Buchstabe b Anspruch auf Bewertungsreserven. Die Bewertungsreserven werden bei Vertragsbeendigung fällig (siehe Buchstabe e).

e) Bei Vertragsbeendigung

Bei Vertragsbeendigung (Ablauf, Kündigung oder Tod der versicherten Person) werden gegebenenfalls vorhandene verzinslich angesammelte Überschussanteile und die zugehörige Beteiligung an den Bewertungsreserven ausgezahlt. Zusätzlich wird der Überschussanteil des laufenden Versicherungsjahres anteilig bis zum Abrechnungstermin der beitragsfreien Versicherung gutgebracht.

(6) Aufgrund eines ungünstigen Risikoverlaufs kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Vertrag mit uns abgeschlossen haben. Jedoch besteht vor dem in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag

nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 13 Absätze 2 und 3 sowie § 14).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn die Berufsunfähigkeit, spezielle Beeinträchtigung bzw. Arbeitsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Abweichend hiervon leisten wir jedoch bei vorsätzlichen Verstößen der versicherten Person im Straßenverkehr, wenn diese keinerlei unmittelbaren oder mittelbaren Zusammenhang mit Alkohol- oder Drogenkonsum haben ("Drogenkonsum" meint Konsum von Rauschdrogen sowie den schädlichen Arzneidroge missbrauch ohne Indikation (sogenannter Medikamentenmissbrauch); nicht gemeint ist die medizinisch indizierte Einnahme von Arzneidroge (Medikamenten)).

Wir leisten zudem bei allen einfach und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr);

b) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

c) durch folgende Handlungen, die durch Sie und/oder den insoweit Anspruchsberechtigten (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) und/oder die versicherte Person vorgenommen wurden:

- absichtliche Herbeiführung von Krankheit der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall der versicherten Person;
- absichtliche Verletzung des Körpers der versicherten Person;
- absichtliche Herbeiführung einer speziellen Beeinträchtigung (§ 2 Absatz 13) der versicherten Person;
- versuchte Tötung bzw. Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass der Handelnde diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie oder der insoweit Anspruchsberechtigte (z. B. Bezugsberechtigter, Abtretungsgläubiger) oder die versicherte Person vorsätzlich die Berufsunfähigkeit oder die Arbeitsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;

e) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu ihrer Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;



f) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig oder arbeitsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, sodass die Erfüllung der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Unsere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig oder arbeitsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,

- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehenden Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. War Ihr Vertrag vor dem Rücktritt prämienfrei umgewandelt, werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5).

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Auf dieses Kündigungsrecht (§ 19 Absätze 3 und 4 VVG) verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden



Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auf dieses Änderungsrecht verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Anzeigepflichtverletzung, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(16) Nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist 10 Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Irrtümliche Risikoeinschätzung

(18) Wir halten uns an unsere Erklärung gebunden, mit der wir den Antrag angenommen haben, wenn der für die Entscheidung zuständige Sachbearbeiter das Risiko falsch eingeschätzt oder die Angaben des Antragstellers nicht berücksichtigt hat.

Nachgewiesene Abrechnungsdiagnosen

(19) Fehlerhafte Patientendokumentationen von Ärzten und Kliniken sowie fehlerhafte Krankenversicherungskünfte gehen nicht zu Ihren Lasten. Wenn Sie nachweisen, dass Umstände (z. B. Diagnosen, Arbeitsunfähigkeits-Zeiträume) von Dritten (Ärzte, Kliniken, Krankenkassen, etc.) fehlerhaft dokumentiert bzw. gespeichert wurden und die Daten nicht den Tatsachen entsprechen (z. B. andere Erkrankung, anderer Befund), so werden wir auf die fehlerhaften Daten weder einen Rücktritt noch eine Kündigung noch eine Vertragsänderung noch eine Anfechtung stützen.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(20) Die Absätze 1 bis 19 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teiles neu.

Erklärungsempfänger

(21) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Befinden Sie sich in einem seiner Natur nach nicht nur vorübergehenden, die freie Willensbildung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit, gilt ein Bezugsberechtigter für die Erlebensfallleistungen als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen, in Ermangelung eines solchen ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein für die Todesfallleistung Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist in den Fällen der Sätze 2 und 3 kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht er-



mittelt werden, können wir den Inhaber eines als Urkunde ausgestellten Versicherungsscheins (siehe § 11 Absatz 1) als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 Welche Anzeige- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten und welche Folgen hat eine Pflichtverletzung?

Anzeige des Versicherungsfalls

(1) Für die Anzeige des Versicherungsfalls und die Beantragung von Leistungen besteht keine Meldefrist. Wenn Sie uns später informieren, leisten wir deshalb gegebenenfalls bereits rückwirkend von Beginn der Sechsmonats-Frist an (siehe § 2 Absatz 1).

(2) Eine frühzeitige Anzeige des Versicherungsfalls verringert bzw. vermeidet etwaige Feststellungsschwierigkeiten in Bezug auf unsere Leistungspflicht.

Mitwirkungspflichten

Nach der Anzeige des Versicherungsfalls beginnen wir mit unseren Erhebungen und benötigen zu deren Durchführung Ihre Mitwirkung (siehe Absätze 3 bis 8). Ohne hinreichende Mitwirkung tritt in der Regel keine Fälligkeit der Versicherungsleistungen ein, und je nach dem Grad Ihres Verschuldens kann eine unterlassene Mitwirkung außerdem Ihren Versicherungsschutz gefährden (siehe Absätze 9 und 10). Bitte kommen Sie den Mitwirkungspflichten deshalb in Ihrem eigenen Interesse nach. Im Folgenden erläutern wir Ihnen, welche Mitwirkungspflichten allgemein (Absatz 3), bei Berufsunfähigkeit (Absatz 4), im Fall des Vorschusses bei Krebserkrankung (Absatz 5), bei Arbeitsunfähigkeit (Absatz 6), bei Tod (Absatz 7) und bei Kündigung bzw. Vertragsablauf (Absatz 8) bestehen. Wir stellen Ihnen außerdem dar, welche Folgen eine Verletzung dieser Mitwirkungspflichten haben kann (Absätze 9 und 10).

(3) Zu operativen Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern und/oder die Berufs- bzw. Arbeitsunfähigkeit zu mindern, ist die versicherte Person **nicht** verpflichtet. Eine Nichtdurchführung einer solchen Operation steht unserer Leistungspflicht nicht entgegen.

Einfachen ärztlichen Empfehlungen muss die versicherte Person folgen.

Dies gilt für:

- Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Seh- oder Hörhilfen);
- Gefährlose Heilbehandlungen, die nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und eine sichere Aussicht auf Verbesserung des Gesundheitszustands bieten.

Die versicherte Person ist nicht verpflichtet, Diäten einzuhalten oder einen Suchtentzug vorzunehmen, selbst wenn dies vom behandelnden Arzt angeordnet wurde und medizinisch indiziert ist.

Klarstellung zu § 2 Absatz 13: Die fehlende Möglichkeit zur Besserung der hochgradigen Schwerhörigkeit bzw. der hochgradigen Sehbehinderung durch ein zumutbares Hilfsmittel (Hörgerät, Brille, Kontaktlinsen etc.) ist keine Mitwirkungspflicht (Obliegenheit), sondern tatbestandliche Voraussetzung des Versicherungsfalls der speziellen Beeinträchtigung. D. h., es liegt bereits kein bedingungsgemäßiger Versicherungsfall vor, wenn eine (hypothetische) Verwendung des Hilfsmittels dazu führte, dass die Schwerhörigkeit bzw. die Sehbehinderung nicht mehr hochgradig im Sinne des § 2 Absatz 13 wäre.

(4) Berufsunfähigkeit, Wiedereingliederung, Umorganisation, spezielle Beeinträchtigung, Rehabilitation:

a) Wir sind befugt, die Leistungsvoraussetzungen unabhängig von Attesten und Bescheiden zu prüfen und weitere Erhebungen vorzunehmen. Hierzu sind Sie verpflichtet, uns die in den folgenden Absätzen genannten Unterlagen auf Ihre Kosten in deutscher Sprache bzw. in amtlich beglaubigter Übersetzung zur Verfügung zu stellen. Außerdem können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 23 vorgelegt werden.

Unabhängig davon können wir außerdem - allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen sowie weitere notwendige Nachweise - auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen - verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen, und zudem weitere Erhebungen selbst anstellen. Die versicherte Person hat sich durch von uns beauftragte Ärzte untersuchen zu lassen; der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

b) Bei Berufsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit und/oder spezieller Beeinträchtigung der versicherten Person sind uns auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine Geburtsurkunde, die Namen und Geburtsort der versicherten Person enthält;



- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit bzw. der speziellen Beeinträchtigung;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit. Wenn sich die versicherte Person im Ausland befindet, akzeptieren wir auch die Berichte eines dort tätigen Arztes;
- eine Beschreibung des Berufs der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über danach eingetretene Veränderungen;
- Nachweise über Einkommen aus beruflicher Tätigkeit;
- eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte;
- eine Aufstellung über den derzeitigen Arbeitgeber und frühere Arbeitgeber der versicherten Person;
- bei Berufsunfähigkeit entsprechend § 2 Absatz 4 (Infektionsklausel) die behördliche Anordnung im Original oder in amtlich beglaubigter Kopie.

c) Bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit sind uns auf Kosten des Anspruchstellers **zusätzlich** zu Buchstabe b einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- gegebenenfalls der Leistungsbescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie das dem Bescheid zugrunde liegende Gutachten;
- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder - sofern bekannt - sein wird.

d) Für die Rehabilitationshilfe sind uns zusätzlich einzureichen:

- Darstellung der Rehabilitationsmaßnahmen
- Kostenbelege (amtlich beglaubigte Kopien oder Originale)

(5) Vorschüsse bei Krebs

Für eine Vorschusszahlung bei Krebs nach § 1 Absatz 21 ist uns binnen 6 Monaten nach der ersten Diagnose ein

onkologischer Bericht eines Facharztes oder der Entlassungsbericht des Krankenhauses mit folgendem Inhalt einzureichen:

- Zeitpunkt der ersten Diagnose,
- Art und Ausbreitung der Krebserkrankung,
- Behandlungsplan,
- Umfang einer durchgeführten bzw. unmittelbar bevorstehenden Operation/Therapie,
- voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit, die sich einer operativen Behandlung anschließt.

Bitte beachten Sie: Wenn wir unsere Erhebungen zu den Vorschüssen bei Krebs abgeschlossen haben, sind dadurch in der Regel noch nicht unsere Erhebungen zum Versicherungsfall abgeschlossen. Wir stellen weitere Erhebungen an, an denen Sie weiter im Sinne der Absätze 1 bis 4 mitwirken müssen. Dies ist notwendig, damit die Erhebungen zur Feststellung der Berufsunfähigkeit abgeschlossen werden können und ein lückenloser Übergang zur Fälligkeit der Berufsunfähigkeitsleistungen gewährleistet ist.

(6) Vorübergehende Arbeitsunfähigkeit:

Bei einer Arbeitsunfähigkeit ist zwischen Leistungsvoraussetzungen und Mitwirkungspflichten zu unterscheiden.

a) Leistungsvoraussetzungen:

Der bedingungsgemäße Versicherungsfall der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit hat unter anderem folgende Voraussetzungen, bei deren Nichtvorliegen selbst dann keine Leistungspflicht gegeben ist, wenn das Nichtvorliegen weder von Ihnen noch der versicherten Person noch von einem etwaigen dritten Anspruchsberechtigten zu vertreten ist. Die Regelungen der Absätze 9 und 10 gelten in diesem Zusammenhang nicht. Die Arbeitsunfähigkeit muss von Ärzten lückenlos entsprechend § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) oder durch gleichwertige ärztliche Atteste bescheinigt werden. Die Bescheinigungen müssen die Diagnose enthalten. Wir erkennen Vorausbescheinigungen an, die zum Zeitpunkt der Ausstellung maximal 3 Monate in die Zukunft gerichtet waren. Ist die versicherte Person mindestens 3 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben, muss das ununterbrochene Fortbestehen im vierten bis sechsten Monat von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung bescheinigt werden. Ist die versicherte Person bereits mindestens 6 Monate ununterbrochen vollständig arbeitsunfähig krankgeschrieben, genügt es, dass mindestens eine der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden ist.

b) Mitwirkungspflichten:

Auf Kosten des Anspruchstellers sind einzureichen:

- der Versicherungsschein;



- die Bescheinigungen nach Buchstabe a.

Die Absätze 9 und 10 gelten in diesem Zusammenhang.

(7) Im Todesfall sind uns bei beitragsfreien Versicherungen zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- eine amtliche Sterbeurkunde, die Alter und Geburtsort der versicherten Person enthält.

(8) Bei Kündigung oder Vertragsablauf sind uns bei beitragsfreien Versicherungen zur Auszahlung eines etwa vorhandenen Überschussguthabens (siehe § 3 Absatz 5) auf Kosten des Anspruchstellers einzureichen:

- der Versicherungsschein;
- ein Nachweis über die letzte Beitragszahlung.

(9) Unsere Leistungen werden erst fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in den Absätzen 3 bis 8 genannten Mitwirkungspflichten nicht erfüllen, kann dies unter anderem zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Verletzung der Mitwirkungspflicht kann somit unter anderem dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird, selbst wenn die Mitwirkung schuldlos unterbleibt. Bitte erfüllen Sie alle Mitwirkungspflichten deshalb zuvorderst in Ihrem eigenen Interesse.

(10) Solange eine Mitwirkungspflicht nach den Absätzen 3 bis 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet, bei Vereinbarung einer Karenzzeit jedoch frühestens nach Ablauf der Karenzzeit.

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

(1) Nach Eingang der zur Prüfung vorgelegten Unterlagen werden wir Ihnen innerhalb von 10 Arbeitstagen mitteilen, ob und in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen bzw. Sie über den Sachstand der Leistungsprüfung informieren. Bis zur Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen werden wir Sie spätestens alle 4 Wochen über den Fortgang der Leistungsprüfung informieren. Wenn zur Leistungsentcheidung weitere Unterlagen notwendig sind, fordern wir diese unverzüglich an. Bei Vereinbarung einer Karenzzeit geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht erst nach Ablauf der Karenzzeit ab.

Liegen uns die Unterlagen für die Vorschusszahlungen nach § 2 Absatz 12 vollständig vor, entscheiden wir innerhalb von fünf Arbeitstagen, ob wir Vorschüsse nach § 1 Absatz 21 erbringen.

(2) Wenn wir Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit (siehe § 1 Absätze 1 bis 3) zusagen, gilt dies jeweils zeitlich unbegrenzt. Wir sprechen dann keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus und leisten solange die versicherte Person berufsunfähig bzw. berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit ist oder bis diese Leistungen nach einem der in § 1 genannten Gründe enden.

(3) Absatz 2 gilt nicht für unsere Leistungspflicht wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit.

(4) Bei unseren Leistungen wegen spezieller Beeinträchtigung nach § 2 Absatz 13 beträgt die Leistungsdauer 24 Monate. Unsere Leistungspflicht endet aus diesem Grund spätestens nach Ablauf dieser 24 Monate, ohne dass es einer Befristung unseres Anerkenntnisses bedürfte.

§ 9 Was gilt nach Anerkennung der Berufsunfähigkeit?

Folgende Regelungen betreffen den Fall, dass wir die Berufsunfähigkeit bzw. die Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit und/oder die spezielle Beeinträchtigung anerkannt haben. Die Regelungen betreffen hingegen nicht den Versicherungsfall der vorübergehenden Arbeitsunfähigkeit und entsprechende Anerkenntnisse/Zahlungen.

Nachprüfung

(1) Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und deren Grad und/oder das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit bzw. das Fortbestehen einer speziellen Beeinträchtigung nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen zu berücksichtigen. In



Bezug auf eine Berufsunfähigkeit können wir auch erneut prüfen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne des § 2 ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung bei Eintritt der Berufsunfähigkeit entspricht. Dabei sind neu erworbene berufliche Fähigkeiten und/oder neue Ausbildungen zu berücksichtigen.

Auch im Rahmen der Nachprüfung verzichten wir auf eine abstrakte Verweisung. Das heißt wir prüfen nicht, ob die versicherte Person irgendeine andere Tätigkeit ausüben könnte.

Haben wir unsere Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit nach § 2 Absatz 4 infolge einer behördlichen Anordnung wegen Infektionsgefahr (vollständiges oder teilweises Tätigkeitsverbot) anerkannt, sind wir berechtigt nachzuprüfen, ob diese Anordnung nach wie vor gilt.

Mitwirkungspflichten

(2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Sie haben die Auskünfte zu erteilen und an den Untersuchungen mitzuwirken. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen.

Untersuchungen erfolgen durch von uns beauftragte Ärzte. Der versicherten Person werden für die Anreise(n) und Wahrnehmung der Untersuchung(en) entstehende übliche Kosten, insbesondere übliche Reise- und Übernachtungskosten, erstattet; dies gilt auch, wenn sie ihren Wohnsitz im Ausland hat und von dort anreist. Weitere im Einzelfall notwendige Kosten übernehmen wir ebenfalls. Wir können verlangen, dass die Untersuchung in der Bundesrepublik Deutschland erfolgt. Hat die versicherte Person ihren Wohnsitz in einem Mitgliedstaat der Europäischen Union, Großbritannien, Island, Liechtenstein, Norwegen oder der Schweiz, prüfen wir auf Ihren Wunsch hin, ob dort eine qualitativ gleichwertige Untersuchung möglich und eine Reise vermeidbar ist.

Die Bestimmungen des § 7 Absätze 3 und 4 gelten entsprechend.

(3) Sie müssen uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen, wenn eine berufliche Tätigkeit aufgenommen wird bzw. sich diese ändert. Verbesserungen des Gesundheitszustandes müssen uns nicht ungefragt mitgeteilt werden.

Änderungen einer behördlichen Anordnung wegen Infektionsgefahr (§ 2 Absatz 4) müssen Sie uns ebenfalls unverzüglich mitteilen.

Leistungsfreiheit

(4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungs-

pflcht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) darlegen. Unsere Leistungen bei Berufsunfähigkeit oder Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit bzw. wegen spezieller Beeinträchtigung können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

Unter den in § 1 Absatz 10 genannten Voraussetzungen zahlen wir Ihnen im Zuge der Einstellung die dort näher dargestellte Wiedereingliederungshilfe.

Keine Nachprüfung bei Arbeitsunfähigkeit

(5) Haben wir Leistungen wegen vorübergehender Arbeitsunfähigkeit erbracht, dann endet unsere Leistungsverpflichtung mit Ablauf des Monats in dem letztmalig die ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit nachgewiesen wurde. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Der Durchführung einer Nachprüfung entsprechend den Absätzen 1 bis 4 bedarf es in Bezug auf die vorübergehende Arbeitsunfähigkeit nicht. Sie müssen uns unverzüglich informieren, sobald keine Arbeitsunfähigkeit mehr vorliegt.

§ 10 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 9 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein sowie Nachträge in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diese als Dokument in Papierform aus,



liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber der Urkunde des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

(3) Den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins können Sie entnehmen, welche optionalen Zusatzbausteine (AU-Schutz, Pflege-Schutz) Sie eingeschlossen haben.

§ 12 Wer erhält die Leistung?

(1) Wenn Sie keine abweichende Bestimmung treffen, leisten wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine der nachstehend bestimmten anderen Personen benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter). Haben Sie die Versicherung auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie uns als Bezugsberechtigten

- Ihren Ehegatten oder Lebenspartner oder deren Geschwister,
- Ihre Verwandten und Verschwägerter gerader Linie (Beispiel Eltern, Großeltern, Kinder, Enkel und deren Ehegatten bzw. deren Lebenspartner),
- Ihre Geschwister sowie deren Kinder, Ehegatten oder Lebenspartner,
- Ihre Adoptivkinder, Schwiegereltern, Schwiegerkinder oder Stiefeltern,
- Geschwister Ihrer Eltern oder
- Kinder oder Adoptivkinder Ihres Ehegatten oder Lebenspartners

benennen.

Haben Sie die Versicherung nicht auf die eigene Person abgeschlossen, können Sie die versicherte Person oder deren Angehörige im Sinne des Satz 2 als Bezugsberechtigten benennen.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor eine unwiderrufliche Bezugsberechtigung verfügt haben.

a) Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des

jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein.

b) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

(3) Ansprüche auf Rentenleistungen können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung sonstiger Ansprüche rechtlich möglich ist, wird diese wirksam, wenn sie uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt wird.

Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach der ursprünglichen Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen. (Falls Sie die Zahlweise Ihres Vertrags ändern möchten, bitten wir Folgendes zu beachten: Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlweise kalkuliert, sodass auch ein Zinseffekt berücksichtigt ist. Beispielsweise ist bei Umstellung von jährlicher auf monatliche Zahlweise der sich ergebende Monatsbeitrag höher als ein Zwölftel des Jahresbeitrags. Umgekehrt ist der Jahresbeitrag niedriger als 12 Monatsbeiträge.) Die Möglichkeit zur Zahlung eines Einmalbeitrags besteht nicht.

(2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrags zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Terminen fällig. Die Beiträge sind bis zum Ablauf der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu bezahlen, längstens jedoch bis zum Eintritt des Leistungsfalls; bei Vertragsbeendigung aufgrund von Tod bis zur nächsten Beitragsfälligkeit.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit sind nach Eintritt der Berufsunfähigkeit oder Arbeitsunfähigkeit die Beiträge noch bis zum Ablauf der Karenzzeit weiter zu bezahlen. Grundsätzlich ist die Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht fortzusetzen (siehe § 1 Absatz 20, dort auch zur Stundung).

(3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (siehe Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:



- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

(5) Wenn eine Leistung fällig wird, werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

(3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

(4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung

ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 18 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 18 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

(6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur

- innerhalb eines Monats nach der Kündigung
- oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn

§ 15 Welche Gestaltungsmöglichkeiten haben Sie nach Versicherungsbeginn?

Gestaltungsmöglichkeiten ohne erneute Risikoprüfung

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche Möglichkeiten Sie haben, um Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen und unter welchen Umständen Sie die Laufzeit ohne erneute Risikoprüfung verlängern können.

Gestaltungsmöglichkeiten nach Versicherungsbeginn:

- Upgrade-Option (Absatz 1)
- ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie (Absatz 2)
- Berufseinsteigergarantie (Absatz 3)
- Karrieregarantie (Absatz 4)
- ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie (Absatz 5)
- Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze (Absatz 7)

Auch wenn wir auf eine erneute Risikoprüfung verzichten, dürfen wir prüfen, ob die Voraussetzungen für die Ausübung der jeweiligen Gestaltungsmöglichkeit erfüllt sind.



Für die oben genannten Gestaltungsmöglichkeiten gilt, dass diese Rechte nur dann bestehen, wenn dieser Vertrag oder ein diesem Vertrag vorausgegangener Vertrag mit vollständiger Risikoprüfung zustande gekommen ist. Wenn Sie unsicher sein sollten, ob dies auf Ihren Vertrag zutrifft, können Sie uns gerne kontaktieren.

Diese Rechte bestehen nicht für Verträge, die aufgrund einer BU-Wechsoption aus der Grundfähigkeitsversicherung zustande gekommen sind.

Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen planmäßig ohne erneute Risikoprüfung (Absatz 8). Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Bitte beachten Sie, dass Erhöhungen des Leistungsumfanges regelmäßig auch zur Erhöhung des Versicherungsbeitrages führen.

Upgrade-Option

(1) Sie haben innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, den Leistungsumfang Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zu erweitern. Folgender Baustein kann nachträglich aufgenommen werden:

- **Pflege-Schutz:** Zusätzliche lebenslange Rente bei Pflegebedürftigkeit und Option auf Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung, siehe Buchstaben a und b.

Der Einschluss erfolgt durch Wechsel in einen Tarif, in dem die Leistungsinhalte enthalten sind. Das Recht zum Wechsel besteht nur, wenn dieser Vertrag oder ein diesem Vertrag vorausgegangener Vertrag mit vollständiger Risikoprüfung zustande gekommen ist. Wenn Sie unsicher sein sollten, ob dies auf Ihren Vertrag zutrifft, können Sie uns gerne kontaktieren.

Die Erweiterung muss mindestens 6 Monate vor dem Zeitpunkt zu dem sie wirksam werden soll bei uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden.

Der neue Beitrag wird nach dem zum ursprünglichen Vertragsabschluss verkaufsoffenen Tarif mit den entsprechenden Leistungen kalkuliert und ab dem Termin, zu dem die Erweiterung wirksam wird, fällig. Außerdem müssen die unter Absatz c genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Folgende Inhalte können auf diese Art und Weise zum Vertragsbestandteil gemacht werden:

Pflege-Schutz

Zusätzliche lebenslange Rente bei Pflegebedürftigkeit

a) Wird die versicherte Person **während** der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 Absätze 6 bis 9, zahlen wir **zusätzlich** eine lebenslange Pflegerente

und diese auch über die Versicherungsdauer hinaus, längstens jedoch bis zum Tod der versicherten Person.

Option auf Abschluss einer Anschluss-Pflegerenten-Versicherung

b) Sie können innerhalb von 3 Monaten vor Ablauf der Versicherungsdauer für die versicherte Person eine Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen. Der Abschluss der Anschluss-Pflegerenten-Versicherung ist prinzipiell auch dann noch möglich, wenn wir bereits Leistungen wegen Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit erbracht haben, aber noch keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit und/oder Zusatzleistungen wegen Pflegebedürftigkeit. Die Anschluss-Pflegerenten-Versicherung beginnt mit dem Ablauf der Versicherungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung.

Die hierfür geltenden Versicherungsbedingungen senden wir Ihnen auf Wunsch rechtzeitig vor Beantragung des Wechsels zu.

c) Weitere Voraussetzungen und Regelungen

- Die versicherte Person darf innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Antrags nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig gewesen sein.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung ist die versicherte Person weder berufsunfähig, arbeitsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Der Vertrag wird beitragspflichtig geführt.

Ausschluss von Bausteinen

d) Während der Vertragslaufzeit können Sie den Baustein AU-Schutz (§ 1 Absatz 11) ausschließen, indem Sie in einen Tarif wechseln, in dem diese Leistungen nicht enthalten sind. Der Wechsel muss uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) angezeigt werden und wird zum nächsten Monatsersten nach Zugang der Wechselklärung wirksam. Ein Wechsel ist nicht möglich, wenn Sie Leistungen aus diesem Vertrag beziehen oder bereits bezogen haben, Leistungen beantragt haben oder ein Versicherungsfall eingetreten ist.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Risikoprüfung (Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie)



(2) Sie haben bei den nachfolgend genannten, die versicherte Person betreffenden und nach Versicherungsbeginn eintretenden Ereignissen das Recht, innerhalb einer Frist von 12 Monaten ab dem Ereignis und vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person die Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen. Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente darf die berufsspezifische Höchstsumme, höchstens 3.000,00 EUR pro Monat (36.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen.

- Eintritt der Volljährigkeit;
- Heirat;
- Ehescheidung bzw. Löschung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft;
- Tod des Ehepartners bzw. des eingetragenen Lebenspartners;
- Geburt oder Adoption eines Kindes oder Beendigung der Elternzeit (mit der Besonderheit, dass die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten ab dem Ende der für dieses Kind genommenen Elternzeit verlangt werden kann);
- Existenzgründung (Wechsel in die berufliche Selbstständigkeit im Hauptberuf, z. B. Praxis-/Kanzleigründung bzw. -übernahme) in den ersten 10 Jahren der Versicherungsdauer;
- Abschluss einer akademischen Weiterqualifizierung (z. B. Facharzt, Bachelor, Master, Staatsexamen) eines Akademikers, der bereits eine seiner Ausbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- erfolgreicher Abschluss einer Höherqualifikation (z. B. Weiterbildung zum Fach-/Betriebswirt oder Techniker, Meisterprüfung), verbunden mit einer Verbesserung der beruflichen Stellung oder des Einkommens;
- Einkommenserhöhung um mindestens 250,00 EUR brutto monatlich;
- Erhalt der Prokura;
- Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der Gesetzlichen Rentenversicherung;
- Finanzierung (Immobilienwerb (z. B. Erwerb einer Eigentumswohnung) oder Finanzierung im gewerblichen Bereich) mit einer Finanzierungssumme von mindestens 25.000,00 EUR;
- Wegfall des Invaliditätsschutzes aus der Gesetzlichen Rentenversicherung aufgrund einer Gesetzesänderung;
- bei Selbstständigen, Angehörigen der freien Berufe und Handwerkern: Wegfall des Berufsunfähigkeitsschutzes aus einem berufsständischen Versorgungswerk oder einer betrieblichen Altersversorgung.

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns auf Ihre Kosten binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Berufseinsteigergarantie

(3) Wenn die versicherte Person nach Versicherungsbeginn erfolgreich

- eine allgemein anerkannte Berufsausbildung oder
- ein (Fach-)Hochschulstudium

abgeschlossen und eine berufliche Tätigkeit aufgenommen hat, haben Sie einmalig das Recht, vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person ohne erneute Risikoprüfung

- entweder die Leistungen dieser Berufsunfähigkeitsversicherung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 100 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen; die versicherte Berufsunfähigkeitsrente darf die berufsspezifische Höchstsumme, höchstens 3.000,00 EUR pro Monat (36.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen,
- oder planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung nach NÜRNBERGER Plus (siehe Absatz 8) mit uns zu vereinbaren. Die hierfür geltenden Versicherungsbedingungen stellen wir Ihnen im Rahmen unserer gesetzlichen Informationspflichten rechtzeitig vor dem Erhöhungsantrag und jederzeit auf Wunsch zur Verfügung.

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise müssen uns binnen 12 Monaten ab dem Ereignis in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang wirksam. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Karrieregarantie

(4) Wenn

- die versicherte Person als Arbeitnehmer in einem unbefristeten Arbeitsverhältnis beschäftigt ist,
- die versicherte Berufsunfähigkeitsrente der versicherten Person bereits mindestens 3.000,00 EUR pro Monat (36.000,00 EUR pro Jahr) beträgt und
- sich das regelmäßige Bruttomonatsgehalt der versicherten Person vertraglich um mindestens 5 % im Vergleich zum Vormonat erhöht,

haben Sie das Recht vor Vollendung des 50. Lebensjahres der versicherten Person, die Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung maximal in dem Verhältnis zu erhöhen, in dem sich das Bruttomonatsgehalt der versicherten Person erhöht hat.

Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente darf 6.000,00 EUR pro Monat (72.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen.

Der Erhöhungsantrag und alle erforderlichen Nachweise - insbesondere ein Nachweis über die Gehaltserhöhung - müssen uns binnen 6 Monaten ab der Gehaltserhöhung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zugegangen sein. Die



Erhöhung wird zum nächsten Monatsersten (mittags 12 Uhr) nach Zugang vorgenommen. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

(5) Der Versicherungsnehmer hat ohne besonderes Ereignis innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn und vor Vollendung des 40. Lebensjahres der versicherten Person einmalig das Recht, die Leistung der Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien um maximal 50 % der zuletzt geltenden Monatsrente zu erhöhen. Die versicherte Berufsunfähigkeitsrente darf die berufsspezifische Höchstsumme, höchstens 3.000,00 EUR pro Monat (36.000,00 EUR pro Jahr) nicht übersteigen.

Das Recht besteht nur, wenn dieser Vertrag oder ein diesem Vertrag vorausgegangener Vertrag mit vollständiger Risikoprüfung zustande gekommen ist und der Versicherungsbeginn dieses Vorvertrages nicht länger als 5 Jahre zurückliegt. Wenn Sie versicherer sein sollten, ob dies auf Ihren Vertrag zutrifft, können Sie uns gerne kontaktieren. Die Erweiterung der Leistung muss mindestens 6 Monate vor dem Zeitpunkt zu dem die Erhöhung wirksam werden soll bei uns in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragt werden. Außerdem müssen die unter Absatz 6 genannten weiteren Voraussetzungen erfüllt sein.

(6) Weitere Voraussetzungen und Regelungen

- Es wird kein Wechsel der Überschussvariante "Abzug vom Beitrag" auf "Bonusrente" nach § 3 Absatz 5 Buchstabe a Doppelbuchstabe dd vorgenommen.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist die versicherte Person weder berufsunfähig, berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung besteht für die versicherte Person weder eine teilweise oder volle Erwerbsminderung noch ist ein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden noch wird eine Erwerbsminderungsrente bezogen.
- Die versicherte Person war innerhalb der letzten 12 Monate vor Stellung des Antrags auf Leistungserhöhung nicht länger als 2 Wochen durchgehend arbeitsunfähig (gilt nur, sofern die Leistung nach Absatz 5 erweitert wird).
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Erhöhung ist weder ein Versicherungsfall im Sinne einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten noch ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Die gesamte Monatsrente aller auf die versicherte Person abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-(Zusatz-)versicherungen (auch bei anderen Gesellschaften) darf nach erfolgter Leistungserhöhung 70 % des Brutto-

einkommens der versicherten Person nicht übersteigen. Maßgeblich ist das durchschnittliche Bruttoeinkommen in den letzten 3 vollen Kalenderjahren vor dem Jahr der Erhöhung. Bei Berufsanfängern, die noch keine 3 vollen Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das aktuelle Bruttogehalt maßgeblich. Bei Personen, die länger als 1 Jahr keine berufliche Tätigkeit ausgeübt und dann seit dem Wiedereinstieg noch keine vollen 3 Kalenderjahre gearbeitet haben, ist das durchschnittliche Bruttoeinkommen seit dem Wiedereinstieg maßgeblich.

Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie errechnet sich nach dem Erhöhungsbetrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif herangezogen wird. Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, werden ihre garantierten Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht; hierbei verwenden wir ebenfalls immer den ursprünglichen Tarif.

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Eine außerplanmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen im Rahmen der Gestaltungsmöglichkeiten nach den Absätzen 2 bis 5 setzt die Höchstfristen für einen Rücktritt oder eine Anfechtung wegen vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (siehe § 6) nicht erneut in Lauf. Es besteht kein Recht auf eine isolierte oder darüber hinausgehende Erhöhung der Arbeitsunfähigkeitsrente und/oder einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung.

Die Erhöhungsbeiträge aus der Nachversicherung unterliegen auch künftigen planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus, soweit die Regelungen der Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus dem nicht entgegenstehen.

Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze

(7) Ist die versicherte Person in der Deutschen Rentenversicherung versichert und erhöht sich die Regelaltersgrenze dieser Gesetzlichen Rentenversicherung oder erhöht sich die Regelaltersgrenze in einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die versicherte Person anspruchsberechtigtes Mitglied ist, können Sie die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängern, um die die Regelaltersgrenze in der entsprechenden Versorgungseinrichtung erhöht wurde, maximal jedoch um fünf Jahre und höchstens bis zur jeweils neu festgelegten Regelaltersgrenze.

Weitere Voraussetzungen und Regelungen



- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung ist die versicherte Person weder berufsunfähig, berufsunfähig infolge Pflegebedürftigkeit oder arbeitsunfähig noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden. Die versicherte Person ist weder teilweise noch voll erwerbsunfähig, bezieht keine Erwerbsminderungsrente und es ist kein entsprechender Antrag auf Erwerbsminderungsrente gestellt worden.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung der Verlängerung ist weder ein Versicherungsfall in einer optional eingeschlossenen Zusatzversicherung eingetreten, noch ist ein entsprechender Leistungsantrag gestellt worden.
- Der dann ausgeübte Beruf der versicherten Person und die dann aktuellen Annahmerichtlinien lassen das gewünschte Ablaufalter zu.
- Zum Zeitpunkt der Beantragung wird der Vertrag beitragspflichtig geführt.
- Die Versicherungsdauer Ihres bestehenden Vertrags ist mindestens bis zum vollendeten 60. Lebensjahr der versicherten Person vereinbart. Die Beantragung der Verlängerung erfolgt spätestens 15 Jahre vor dem neuen Ablauftermin.
- Eine Erhöhung der vereinbarten Rente findet nicht statt. Durch die Verlängerung ändert sich der Beitrag.
- Sie können die Verlängerung in Textform (Papierform, E-Mail) beantragen. Der Antrag muss innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer Regelung in der gesetzlichen Rentenversicherung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze beziehungsweise für den Fall, dass die versicherte Person Mitglied in einem berufsständischen Versorgungswerk ist, innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten einer berufsständischen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze des entsprechenden Versorgungswerkes gestellt werden.

Liegen die genannten Voraussetzungen vor, erstellen wir Ihnen einen Vorschlag auf Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung mit verlängerter Vertragslaufzeit nach den dann gültigen Annahmerichtlinien und einem verkaufsoffenen Tarif. Vertragswerte (Deckungskapital, Überschuss, bereits getilgte Abschlusskosten) werden übertragen. Bisher vereinbarte Risikozuschläge bzw. Leistungsausschlüsse oder andere besondere Vereinbarungen, gelten auch für die neue Berufsunfähigkeitsversicherung. Mit dem Abschluss des Vertrages mit verlängerter Vertragslaufzeit endet der bisherige Vertrag.

Bisher eingeschlossene Zusatzversicherungen können auf Ihren Wunsch, sofern es die zum Zeitpunkt der Vertragsänderung aktuellen Annahmerichtlinien zulassen und diese tariflich möglich sind, wieder eingeschlossen werden. Versicherungs- und Leistungsdauer(n) der wieder eingeschlossenen Zusatzversicherung(en) bleiben jedoch unverändert.

Planmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung ohne erneute Risikoprüfung (NÜRNBERGER Plus)

(8) Haben Sie mit uns Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart, erhöhen sich Beiträge und Leistungen

planmäßig ohne erneute Risikoprüfung. Die Erhöhung betrifft die versicherten Leistungen der Hauptversicherung bei Berufsunfähigkeit und Arbeitsunfähigkeit sowie gegebenenfalls die optional eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Die detaillierten Regelungen finden Sie in den Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Weitere Gestaltungsmöglichkeiten

Im Folgenden informieren wir Sie darüber, welche weiteren Möglichkeiten Sie zur Gestaltung Ihres Versicherungsschutzes im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf gültigen Annahmerichtlinien haben. Ob wir bei diesen Gestaltungsmöglichkeiten auf eine erneute Gesundheits- oder Risikoprüfung verzichten, finden Sie im jeweiligen Absatz.

- Günstigerprüfung bei Berufswechsel (Absatz 9);
- Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter vollständiger Risikoprüfung (Absatz 10).

Bitte beachten Sie, dass Erhöhungen des Leistungsumfanges regelmäßig auch zur Erhöhung des Versicherungsbeitrages führen.

Günstigerprüfung bei Berufswechsel

(9) Wechselt die versicherte Person während der Versicherungsdauer aus anderen als gesundheitlichen Gründen ihren Beruf, können Sie frühestens nach 6 Monaten im geänderten Beruf durch uns prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Ist die versicherte Person Schüler können Sie diese Günstigerprüfung

- sofort veranlassen, wenn die versicherte Person die Schulform wechselt oder in die gymnasiale Oberstufe versetzt wird.
- nach Ablauf von 6 Monaten veranlassen, wenn die versicherte Person eine Ausbildung bzw. ein Studium beginnt oder eine berufliche Tätigkeit aufnimmt.

Dazu müssen Sie uns die Änderungen in Textform mitteilen. Wir führen unter Umständen eine Risikoprüfung durch.

Sofern der Berufswechsel zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach dem ursprünglichen Tarif. Anderenfalls führen wir die Versicherung der versicherten Person mit unverändertem Beitrag fort. Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Risikozuschläge und Leistungsausschlüsse unverändert bestehen.

Außerplanmäßige Erhöhung von Beitrag und Leistung mit erneuter vollständiger Risikoprüfung



(10) Wünschen Sie unabhängig von den Absätzen 2 bis 5 und 8 eine Erhöhung des Versicherungsschutzes, haben Sie hierauf keinen Rechtsanspruch. Wir werden Ihre Anfrage aber gerne prüfen. Es wird dabei unter anderem eine erneute Risikoprüfung stattfinden, und möglicherweise können wir Ihrem Wunsch dann allenfalls dadurch entsprechen, dass wir Ihnen den Neuabschluss eines zusätzlichen Versicherungsvertrags nach einem dann verkaufsoffenen Tarif anbieten.

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

§ 16 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Entnahme der Beiträge aus etwaigem Überschussguthaben

(1) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, dass die Beiträge für die Versicherung aus dem Überschussguthaben entnommen und verrechnet werden, solange das Überschussguthaben hierfür ausreicht. Dies muss mit uns vor Beginn in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und kommt im vorliegenden Tarif nur dann in Betracht, wenn nach Wiederinkraftsetzung einer vorübergehend beitragsfreien Versicherung zeitweise eine verzinsliche Ansammlung der Überschüsse stattgefunden hat. Das Überschussguthaben wird entsprechend gemindert.

Befristete Umwandlung mit automatischer Wiederinkraftsetzung

(2) Bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie beantragen, für maximal 12 Monate die Beitragszahlung auszusetzen. Dies muss mit uns vor Beginn in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) vereinbart werden und hat zur Voraussetzung, dass die herabgesetzte prämienfreie Jahresrente den Mindestbetrag von 1,00 EUR nicht unterschreitet.

Ihr Vertrag wird für 12 Monate befristet im Sinne des § 18 umgewandelt. In dieser Zeit besteht nur reduzierter Versicherungsschutz in Höhe der prämienfreien Monatsrente nach Maßgabe des § 18. Nach 12 Monaten werden der volle Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung und die Beitragspflicht automatisch wieder in Kraft gesetzt. Sie können zudem jederzeit binnen der 12 Monate in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen, dass die Wiederinkraftsetzung bereits früher zum Beginn des nächsten Versicherungsmonats erfolgt. Die automatische Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung. Nach der Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten

Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Beitragsstundung

(3) Sie können für den Zeitraum von maximal 24 Monaten eine zinslose Stundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen. Die zu stundenden Beiträge dürfen dabei maximal so hoch sein, wie das Deckungskapital zu Beginn des Stundungszeitraums. Auf Nachfrage weisen wir Ihnen den möglichen Stundungszeitraum aus.

Die gestundeten Beiträge können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 48 Monatsraten (Einzelrate mindestens 25,00 EUR) nachzahlen. Sofern Sie es wünschen, kann der Ausgleich gegebenenfalls auch durch eine Verrechnung mit einem eventuell vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie gegebenenfalls zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen und einer Erhöhung des Beitrags wählen. Eine erneute Stundung ist nur möglich, wenn die ausstehenden Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine vorherige Vereinbarung in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) mit uns erforderlich.

Sonstige Möglichkeiten

(4) Darüber hinaus werden wir Sie bei bestehenden Zahlungsschwierigkeiten auf Wunsch über weitere Möglichkeiten zum Erhalt des Versicherungsschutzes schriftlich informieren.

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu erfolgen.

Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende beitragspflichtige Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihren Vertrag beenden wollen, müssen Sie ihn also ganz kündigen.

Vertragsbeendigung und Auszahlung der Überschussbeteiligung



(2) Bei Kündigung endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr). Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. War Ihr Vertrag vor der Kündigung prämienfrei umgewandelt, werden eventuell vorhandene Überschüsse und Bewertungsreserven ausgezahlt (siehe § 3 Absatz 5). Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, kommt es insoweit auf deren Versicherungsumfang an.

Keine Beitragsrückzahlung

(3) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 18 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

Umwandlung

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass die Versicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr) in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Dies ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Voraussetzung der Umwandlung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet.

Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (d. h. bei beitragspflichtigen Verträgen zur nächsten Beitragsfälligkeit, mittags 12 Uhr).

Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft keine Beiträge mehr zahlen müssen. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz.

Nach der Umwandlung haben Sie an sich keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung. Wir können deshalb eine Wiederinkraftsetzung ablehnen oder an Bedingungen knüpfen, beispielsweise daran, dass sich der Gesundheitszustand der versicherten Person seit Vertragsschluss nicht verschlechtert hat. Details zu Wiederinkraftsetzungen finden Sie in Absatz 5.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung wird von uns nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zill-

merverfahren an. Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt. Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.

Beachten Sie bitte: Die Bildung eines Kapitals ist kein Vertragszweck Ihrer Versicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer Berufsunfähigkeitsversicherung erreicht bei bestimmten Vertragsgestaltungen nie einen positiven Wert. Wenn ein positiver Wert entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Das Deckungskapital dient nur dazu, die Höhe des Bruttobeitrags möglichst konstant zu halten. Die für die Bildung des Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Beitragsteile sind gemessen an den gezahlten Beiträgen während der gesamten Vertragslaufzeit sehr gering. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

(3) Bei einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung vermindern sich alle Leistungen in gleicher Weise wie die Monatsrente. Die Regelungen aus § 1 gelten nach einer Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung entsprechend vermindert. Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, gilt für die garantierte Rentensteigerung nach Rentenbeginn bei einer umgewandelten Versicherung ebenfalls der in den Allgemeinen Vertragsdaten genannte Prozentsatz.

Teilweise Umwandlung

(4) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn der verbleibende Jahresbeitrag den Mindestbetrag von 120,00 EUR und die verbleibende Monatsrente den Mindestbetrag von 50,00 EUR nicht unterschreitet. Sind diese Voraussetzungen nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihr Umwandlungsantrag unwirksam ist. In diesem Fall müssen Sie die vollständige Umwandlung beantragen.

Wiederinkraftsetzung

(5) Eine Wiederinkraftsetzung der prämienfreien Versicherung ist innerhalb von 3 Jahren nach erfolgter Umwandlung möglich und von einer erneuten Risikoprüfung abhängig.

Die Wiederinkraftsetzung erfordert eine Vertragsänderung und ist in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) zu beantragen. Dabei gelten diejenigen Rechnungsgrundlagen, die der Vertrag zum Zeitpunkt der Umwandlung hatte.



Nach einer Wiederinkraftsetzung ist in der Regel ein höherer Beitrag erforderlich. Alternativ kann der Vertrag auch mit der ursprünglichen Beitragshöhe wieder in Kraft gesetzt werden, wodurch sich der Versicherungsschutz reduziert. Sie haben auch die Möglichkeit, den nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelten Fehlbetrag zum Wiederinkraftsetzungstermin nachzahlen, sodass der volle Versicherungsschutz und die ursprüngliche Beitragshöhe beibehalten werden können.

Garantiewerte

(6) Eine Übersicht über die prämienfreien Renten ist in den Garantiewerten abgedruckt.

Kosten

§ 19 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen und in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige in den Beitrag einkalkulierte Kosten.

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

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

(2) Wir wenden das sogenannte Zillmerverfahren an, nach dem wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für die Leistungen im Versicherungsfall und für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung der Deckungsrückstellung nach § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt ist. Der nach dem Zillmerverfahren zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten erforderliche Betrag ist auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt, die übrigen Kosten teils über die gesamte Beitragszahlungsdauer, teils über die gesamte Vertragslaufzeit.

Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente vorhanden sind. Die Kostenverrechnung

gemäß Absatz 2 findet im Falle einer Prämienfreistellung jedoch nur eingeschränkt Anwendung, weil wir dann Mindestbeträge nach einer abweichenden Kostenverteilungsmethode berechnen und die prämienfreie Rente gegebenenfalls entsprechend aufstocken (siehe § 18). Nähere Informationen zur prämienfreien Berufsunfähigkeitsrente können Sie den Garantiewerten entnehmen.

§ 20 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Erstellung von Ersatzurkunden oder Abschriften des Versicherungsscheins oder eines Nachtrags;
- schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
- Mahnung und/oder Kündigung wegen Verzugs mit Folgebeiträgen;
- Rückläufer im Lastschriftverfahren;
- Durchführung von Vertragsänderungen (außer einfache Bearbeitung).

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden jeweiligen Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass der bei uns regelmäßig entstehende jeweilige Aufwand der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, werden wir die Pauschale entsprechend herabsetzen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt für unsere Kapitalanlage?

Diese Versicherung ist eine klassische Risikoversicherung, bei der die nach § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG notwendige Deckungsrückstellung in unserem konventionellen Sicherungsvermögen angelegt wird.

Wir halten Vermögensanlagen mit besonderem Fokus auf Nachhaltigkeit, der sich gegenüber der allgemeinen Nachhaltigkeitsstrategie der NÜRNBERGER abhebt, mindestens in der Höhe, die den notwendigen Deckungsrückstellungen entspricht; unter Nachhaltigkeit werden dabei die drei Bereiche Umwelt (E), Soziales (S) und gute Unternehmensführung (G) verstanden. Dies steht unter dem Vorbehalt der Einhaltung des Grundsatzes der unternehmerischen Vorsicht mit seinen Anforderungen an Sicherheit, Qualität, Liquidität, Rentabilität und Verfügbarkeit des Gesamtportfolios.

Näheres zu den Aktivitäten der NÜRNBERGER im Bereich Nachhaltigkeit finden Sie in dem aufgrund gesetzlicher Verpflichtung jährlich veröffentlichten gesonderten nichtfinanziellen Konzernbericht (Nachhaltigkeitsbericht).



§ 22 Was gilt, wenn sich Ihre Postanschrift und/oder Ihr Name ändern?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag für Ihren Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 23 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und/oder Meldung von Informationen und/oder Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind derzeit beispielsweise alle Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht,
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen derzeit insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steuer-Identifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach der derzeitigen Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung oder dem Finanzkonten-Informationenaustauschgesetz entnehmen.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies

gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Versicherungsombudsmann

(1) Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
www.versicherungsombudsmann.de
Telefon 0800 3696000*
Fax 0800 3699000*
* *kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz*

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen. Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet. Für Fragen können Sie sich auch per E-Mail (info@nuernberger.de) an uns wenden.

Versicherungsaufsicht

(2) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)



Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108
53117 Bonn
poststelle@bafin.de
Telefon 0228 4108-0
Fax 0228 4108-1550

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Gerichtsstand

Außerdem haben Sie die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gilt:

(3) Für Klagen gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt.
Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(4) Klagen gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

(5) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben. Dies gilt ebenso, wenn Sie eine juristische Person sind und Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung ins Ausland verlegen.

Begriffsbestimmungen

Allgemeinbildende Schulen: Schulen, an denen ein Hauptschulabschluss, ein Mittel- bzw. Realschulabschluss oder das Abitur erreicht werden kann und die nicht mit einem Berufsabschluss enden. Abendschulen sind keine allgemeinbildenden Schulen im Sinne dieser Bedingungen.

Allgemeine Vertragsdaten: Die Allgemeinen Vertragsdaten finden Sie im Versicherungsschein und gegebenenfalls in den Ihnen übermittelten Nachträgen. Diese Information weist unter anderem die versicherungstechnischen Daten sowie die vertraglichen Leistungen der Haupt- und etwaiger Zusatzversicherung(en) aus.

AVB: Damit sind diese Allgemeinen Bedingungen gemeint.

Beitragsfreie Versicherung: Die beitragsfreie Versicherung ist ein Oberbegriff, der unter anderem den Unterfall der prämienfrei umgewandelten Versicherung umfasst. Unter einer beitragsfreien Versicherung im Sinne dieser Bedingungen verstehen wir:

- eine Versicherung, die in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt worden ist (siehe hierzu auch unten unter dem Stichwort "Prämienfrei umgewandelte Versicherung").

Ist unsere Leistungspflicht und die damit verbundene Pflicht zur Beitragsbefreiung anerkannt oder gerichtlich festgestellt, hat der Versicherungsnehmer zwar keine Beiträge zu bezahlen, jedoch wird die Versicherung nicht als eine beitragsfreie Versicherung bezeichnet und geführt, sondern als leistungspflichtige Versicherung.

Berufsspezifische Höchstsumme: Hierbei handelt es sich um die maximal versicherbare Berufsunfähigkeitsrente, bis zu der wir für bestimmte Berufe Berufsunfähigkeits-Schutz anbieten. Ob für Ihren Vertrag eine berufsspezifische Höchstsumme besteht und wie hoch sie zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses war, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Chemotherapie/Immuntherapie: Krebsbehandlung mit chemischen oder biologischen Substanzen, die die Teilung und Ausbreitung von Tumorzellen und das Wachstum sich schnell teilender Zellen verhindert oder verzögert (Zytostatika).

Deckungskapital: Das Deckungskapital Ihres Vertrags zu einem bestimmten Zeitpunkt ist ein Wert, der nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus den Beiträgen und Leistungen Ihres Vertrags in Abhängigkeit von der bis zu dem Zeitpunkt zurückgelegten Laufzeit ermittelt wird. Beachten Sie bitte dabei, dass die Kosten für den Abschluss des Vertrags, für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung Ihres Vertrags aus den Beiträgen bestritten werden. Somit kann nur der verbleibende Teil des Beitrags zur Bildung des Deckungskapitals verwendet werden.

Garantierte Rentensteigerung: Wenn Sie eine garantierte Rentensteigerung vereinbart haben, erhöht sich unsere Berufsunfähigkeits-Rentenzahlung nach Eintritt eines Versicherungsfalls bis zu dessen Ende garantiert jährlich um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz. Mit dem Ende des Versicherungsfalls wird die Erhöhung auf 0,00 EUR gesetzt, das heißt bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls beginnt die Rentenzahlung wieder mit der nicht erhöhten Rente und steigert sich von da aus neu bis zum Ende des weiteren Versicherungsfalls um den in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Prozentsatz.

Haben Sie keine garantierte Rentensteigerung vereinbart, ist dies in den Allgemeinen Vertragsdaten vermerkt; in diesem Fall erfolgt nach Eintritt eines Versicherungsfalls keine garantierte Rentensteigerung.



Karenzzeit: Während einer vereinbarten Karenzzeit (nicht möglich bei Vereinbarung einer garantierten Rentensteigerung) besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistungen, selbst wenn die versicherte Person berufsunfähig ist. Eine Karenzzeit beginnt mit Eintritt des Versicherungsfalles; sie ist gegebenenfalls in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheines angegeben.

Krebs: Bösartiger Tumor (Krebs, Blutkrebs) gekennzeichnet durch ein Eindringen in umliegendes Gewebe sowie einer Tendenz, Metastasen zu bilden; nicht unter diese Definition fallen Carcinoma in situ (cis).

Leistungsdauer: Zeitraum, bis zu dessen Ablauf eine während der Versicherungsdauer anerkannte Leistung längstens erbracht wird.

Mitwirkungspflichten: Bei den Mitwirkungspflichten nach § 7 Absätze 3 bis 8 und § 9 Absätze 2 und 3 handelt es sich um sogenannte Obliegenheiten. Obliegenheiten sind Pflichten minderen Grades, deren Erfüllung wir nicht einklagen können. Deren Nichterfüllung gefährdet jedoch Ihren Versicherungsschutz ganz oder teilweise und kann zu einem Rechtsverlust führen (siehe § 7 Absatz 10 und § 10) bzw. dazu, dass Versicherungsleistungen nicht fällig werden (siehe § 7 Absatz 9). Bitte erfüllen Sie die Obliegenheiten deshalb in Ihrem eigenen Interesse. Eine schnelle Erfüllung beschleunigt unsere Erhebungen und führt zu einer früher möglichen Leistungsentscheidung.

Monatsrente: Bei allen versicherten Renten handelt es sich um Monatsrenten. Werden in Informationen Jahresrenten ausgewiesen, handelt es sich dabei um die Summe aus 12 Monatsrenten.

Nachversicherungsgarantie: Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Risikoprüfung im Rahmen unserer für den jeweiligen Beruf zum Zeitpunkt der Erhöhung gültigen Annahmerichtlinien zu erhöhen. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absätze 2 bis 6.

NÜRNBERGER Plus: Haben Sie mit uns planmäßige Erhöhungen der Beiträge und Leistungen vereinbart (NÜRNBERGER Plus), beachten Sie bitte § 15 Absatz 8 sowie die dann Ihren Versicherungsbedingungen beigelegten Besonderen Bedingungen für NÜRNBERGER Plus.

Palliative Therapie: Therapeutische Behandlung, die nicht auf die Heilung der Tumorerkrankung abzielt, sondern auf die Linderung der durch die Erkrankung ausgelösten Symptome.

Prämie: ein anderes Wort für Versicherungsbeitrag

Prämienfrei umgewandelte Versicherung: Hierunter versteht man eine Versicherung, die ursprünglich gegen laufende Beitragszahlung abgeschlossen wurde und so dann umgewandelt worden ist. Der Versicherungsvertrag

bleibt durch die Umwandlung als solcher bestehen, wird jedoch dahingehend umgestaltet, dass die Pflicht zur Beitragszahlung entfällt und sich unsere Leistungspflicht auf die prämienfreie Versicherungsleistung reduziert. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung der Prämienfreistellung, ob Ihrem Interesse nicht durch eine der in § 16 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann.

Rehabilitationshilfe: Wir helfen Ihnen bei einem beruflichen Neustart und leisten eine einmalige Rehabilitationshilfe in Höhe von maximal 1.000,00 EUR (Details siehe § 1 Absatz 9 sowie § 7 Absatz 4 Buchstabe d).

Risikoprüfung: Unter Risikoprüfung versteht man die Bewertung des zu versichernden Risikos durch den Versicherer. Die Gesundheitsprüfung ist ein Teil der Risikoprüfung. Man unterscheidet vollständige und vereinfachte Risikoprüfung/Gesundheitsprüfung. Die Unterschiede liegen im Umfang und der Tiefe der Prüfung.

Spezielle Beeinträchtigungen (ständiger Rollstuhlbedarf, hochgradige Schwerhörigkeit, hochgradige Sehbehinderung): Sollte eine solche Beeinträchtigung ausnahmsweise nicht bereits zu Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit führen, dann erbringen wir zumindest einmalig auf 24 Monate begrenzte Leistungen (Details siehe § 1 Absatz 5 sowie § 2 Absatz 13).

Strahlentherapie: Krebsbehandlung durch ionisierende Strahlung oder Teilchenstrahlung (Radiotherapie)

Umorganisationshilfe: Wir helfen Selbstständigen und Gesellschaftern bei einer beruflichen Umorganisation und leisten eine Umorganisationshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitalleistung, maximal 15.000,00 EUR (Details siehe § 2 Absatz 2).

VAG: Versicherungsaufsichtsgesetz

Verlängerungsgarantie bei Anhebung der Regelaltersgrenze: Sie haben unter bestimmten Voraussetzungen die Möglichkeit, nach Erhöhung der Regelaltersgrenze die Versicherungs- und Leistungsdauer Ihres Vertrags ohne erneute Risikoprüfung zu verlängern. Beachten Sie hierzu bitte § 15 Absatz 7.

Versicherte Person: Das ist die Person, auf deren Berufs- und Arbeitsunfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist. Sind Sie versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer (z. B. weil Ihr Arbeitgeber die Versicherung abgeschlossen hat), dann sprechen wir Sie in den Bedingungen und anhängenden Textteilen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig nur den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Versicherungsdauer: Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht



Versicherungsjahr: Damit ist der Zeitraum eines Jahres umfasst, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags 12 Uhr, der dem Datum des in den Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten "Ablaufs der Versicherung" entspricht.

Versicherungsmonat: Dieser dauert jeweils von einem Monatsersten, mittags 12 Uhr, bis zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr.

Versicherungsnehmer: Das ist die natürliche oder juristische Person bzw. rechtsfähige Personengesellschaft, die die Versicherung beantragt hat und unser Vertragspartner wird. Er wird als solcher in den Allgemeinen Vertragsdaten genannt.

Versicherungsperiode: Diese entspricht bei laufender Beitragszahlung dem Zeitraum zwischen zwei Beitragsfälligkeiten, beginnend und endend jeweils mittags 12 Uhr. Die Versicherungsperiode kann je nach vertraglich verein-

barter Beitragszahlweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Die vereinbarte Beitragszahlweise ist in den Allgemeinen Vertragsdaten abgedruckt. Bei einer prämienfreien Versicherung entspricht eine Versicherungsperiode einem Versicherungsmonat.

VVG: Versicherungsvertragsgesetz

Wiedereingliederungshilfe: Wir helfen bei einer beruflichen Wiedereingliederung und leisten eine Wiedereingliederungshilfe in Höhe von 6 monatlichen Berufsunfähigkeitsrenten als einmalige Kapitaleistung, maximal 15.000,00 EUR (Details siehe § 1 Satz 6 sowie § 1 Absatz 10).

Zusatzversicherungen: Sofern Sie in Ihren Vertrag Zusatzversicherungen eingeschlossen haben, finden Sie dazu Regelungen in den entsprechenden Bedingungen zu den einzelnen Zusatzversicherungen, welche die AVB ergänzen und insoweit modifizieren.



Zusätzliche Vereinbarung - Keine Leistungslücke bei Berufsunfähigkeit

(GN273744_201708)

Die Leistungspflicht aus der bei der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG bestehenden Krankentagegeld-Versicherung nach Tarif TG6 besteht bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit bis zu dem Zeitpunkt, ab dem Berufsunfähigkeit im Sinne von § 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. der Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung festgestellt wurde. Es ist somit ein lückenloser Übergang zwischen Tagegeldleistung und Berufsunfähigkeitsleistung gewährleistet.

Die Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder vertragliche Ausschlussstatbestände bleiben hiervon unberührt.

Gemäß § 14 Absatz 1 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen des Tarifs TG6 verzichtet die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG in diesem Tarif auf das ordentliche Kündigungsrecht.



Zusätzliche Vereinbarung - Ergänzung zu den Allgemeinen Bedingungen

(GN323137_202201)

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen gelten folgende Regelungen:

Beitragsbefreiung für den NÜRNBERGER Spezialisten-Service im Versicherungsfall der Hauptversicherung

In Ihrem Vertrag ist zusätzlich Tarifbaustein B mit folgender Versicherungsleistung beinhaltet:

Ist für die Hauptversicherung ein Versicherungsfall eingetreten und sind Sie aufgrund dessen von der Pflicht zur Zahlung des auf die Hauptversicherung entfallenden Beitrags befreit, dann befreien wir Sie in diesem Fall auch von der Beitragszahlungspflicht für den NÜRNBERGER Spezialisten-Service (siehe hierzu § 1 der AVB der Hauptversicherung). Die Beitragsbefreiung des NÜRNBERGER Spezialisten-Service endet mit der Beendigung der Beitragsbefreiung der Hauptversicherung.

Für den Tarifbaustein B gelten die AVB der Hauptversicherung. In Bezug auf die Überschussbeteiligung gilt für den Tarifbaustein B abweichend zu § 3 Absatz 5 der AVB der Hauptversicherung:

Für beitragspflichtige Zusatzversicherungen nach Tarifbaustein B werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres (ohne Risikozuschläge) für diese Zusatzversicherung zugewiesen.

Diese laufenden Überschussanteile werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und in der Regel mit den für die Zusatzversicherungen zu zahlenden Beiträgen verrechnet (Beitragsabzug).

Handelt es sich bei der Hauptversicherung um eine Investment-Berufsunfähigkeitsversicherung, können die Überschüsse der Zusatzversicherungen stattdessen auch verzinslich angesammelt werden.

Für Zeiten der Leistungspflicht auf Zusatztarif B entfallende Überschussanteile (in Prozent des Deckungskapitals) bewirken eine Erhöhung der aus der Hauptversicherung fälligen Rente. Alle Erhöhungen aus der Überschussbeteiligung erfolgen jeweils zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens ein Jahr nach Leistungsbeginn.



NÜRNBERGER Spezialisten-Service

(GN323135_202201)

Der versicherten Person (bei Versicherungen auf verbundene Leben: jeder versicherten Person) und eventuell über Haupt- oder Zusatzversicherungen mitversicherten Kindern steht ein "Spezialisten-Service" eines unabhängigen qualifizierten Dienstleisters zur Verfügung. Eine Erbringung der Spezialisten-Service-Leistungen durch uns als Versicherer ist ausdrücklich ausgeschlossen.

a) Leistungen des Spezialisten-Service können von der versicherten Person für sich und mitversicherte Kinder in Anspruch genommen werden. Die Inanspruchnahme ist während der gesamten Vertragslaufzeit für beitragspflichtige Verträge möglich und ebenso für Verträge im Leistungsbezug.

b) Der Dienstleister analysiert durch eigenes medizinisch geschultes Personal die individuelle gesundheitliche Situation der versicherten Person oder des mitversicherten Kindes und empfiehlt einen auf diese Situation spezialisierten Arzt.

c) Auf Wunsch vereinbart der Dienstleister bei dem empfohlenen Spezialisten einen Termin und wirkt dabei auf einen zeitnahen Termin hin. Kosten für die Behandlung des Spezialisten sind nicht versichert, sondern vom Erkrankten bzw. dessen Krankenversicherung zu tragen.

d) Auf Wunsch vermittelt der Dienstleister einen auf die individuelle gesundheitliche Situation der versicherten Person oder des mitversicherten Kindes spezialisierten Arzt für die Erstellung einer fachlichen Zweitmeinung. Kosten des Spezialisten für die Erstellung der fachlichen Zweitmeinung sind nicht versichert, sondern vom Erkrankten bzw. dessen Krankenversicherung zu tragen.

Bei Bedarf können im Anschluss daran die Beratungsleistungen aus Buchstabe b und c ergänzend in Anspruch genommen werden.

e) Die Gesprächsinhalte der Beratungstelefonate, der Kontaktaufnahme und der Fallvorstellung werden uns nicht bekannt gegeben, sondern bleiben vertraulich. Wir erfahren lediglich, dass und welche Spezialisten-Service-Leistung (nach Buchstabe b oder/und d) zu Ihrem Vertrag erbracht wurde. Ein Zweitmeinungsgutachten wird uns nur durch die ansprucherhebende Person oder deren gesetzlichen Vertreter zur Kenntnis gebracht.

f) Es besteht nur ein Rechtsanspruch auf Erbringung der Leistungen in deutscher Sprache. Bemüht sich der Dienstleister im Einzelfall dennoch um Leistungserbringung in einer anderen Sprache, erfolgt dies aus Kulanz und ohne Bindungswirkung für andere Versicherungsfälle.

g) Wir sind berechtigt, den Dienstleister während der Vertragslaufzeit zu wechseln.

h) Wir können nicht garantieren, dass während der gesamten Dauer Ihres Vertrags deutschsprachige Spezialisten-Service-Leistungen verfügbar sind, d. h. von entsprechenden Dienstleistern angeboten werden. Sollten wir unsererseits keine Möglichkeit mehr haben, uns bei einem hinreichend qualifizierten Dienstleister mit gleichwertigen Spezialisten-Service-Leistungen einzudecken, werden wir Sie unverzüglich über die Nichtverfügbarkeit informieren. Der Anspruch auf NÜRNBERGER Spezialisten-Service-Leistungen fällt in diesem Fall ersatzlos weg. Stattdessen reduziert sich der monatliche Versicherungsbeitrag um den im Versicherungsschein hierfür ausgewiesenen Beitragsanteil.



Besondere Bedingungen für die Berufsunfähigkeits-Versicherung / Schulunfähigkeitsversicherung mit NÜRNBERGER Plus

(GN314210_202207)

Planmäßige Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Risikoprüfung

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

(1) Der Beitrag für diese Versicherung einschließlich etwaiger Zusatzversicherungen erhöht sich um einen festen, zwischen einschließlich 3 % und 5 % des erreichten Beitrags liegenden Prozentsatz.

(2) Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung.

(3) Die letzte Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistung erfolgt vier Jahre vor Ablauf der Beitragszahlungsdauer.
Es findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die gesamte monatliche Barrente, bei Einschluss einer Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung die gesamte monatliche Barrente aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung und der Unfall-Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung, erstmals die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannte Höchstrente erreicht oder überschritten hat.

§ 2 Zu welchem Zeitpunkt erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres.

(2) Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

(3) Ist in Ihrer Versicherung eine ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung (NESZ) mit eingeschlossen, gilt bezüglich Wartezeiten für NESZ folgende Regelung: Für bereits bei Vertragsbeginn vereinbarte planmäßige Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus bestehen keine Wartezeiten.
Werden die planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus erst nachträglich während der Vertragslaufzeit vereinbart, bestehen nur einmalig Wartezeiten entsprechend § 1 Absatz 2 und § 2 Absatz 4 der Bedingungen für die ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung. Die Wartezeiten beginnen mit dem im entsprechenden Nachtrag genannten Änderungstermin (mittags 12 Uhr) zu laufen.

§ 3 Wonach errechnen sich die erhöhten Versicherungsleistungen?

(1) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem Erhöhungsbeitrag, nach dem Alter der versicherten Person zum Erhöhungstermin, der restlichen Beitragszahlungsdauer, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag, wobei der ursprüngliche Tarif zugrunde gelegt wird.

(2) Sind Zusatzversicherungen eingeschlossen, so werden ihre Versicherungsleistungen im selben Verhältnis wie die der Hauptversicherung erhöht.
Für eine eventuell eingeschlossene ErnstfallSchutz- oder SchnellHilfe-Kapital-Zusatzversicherung findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die gesamte Versicherungssumme dieser Zusatzversicherung erstmals die in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten genannte Höchstsumme erreicht oder überschritten hat.
Der auf die Zusatzversicherung entfallende Beitragsteil wird dann zur Erhöhung der Hauptversicherung und sonstiger eingeschlossener Zusatzversicherungen verwendet.

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

(1) Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügungen, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet der Paragraph über die Verrechnung der Kosten in den Allgemeinen Bedingungen.

(2) Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen aus dem Paragraphen über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen und den Bedingungen für die Zusatzversicherungen nicht erneut in Lauf.

§ 5 Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?

(1) Die Erhöhung wird ausgesetzt, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb eines Monats nach dem Erhöhungstermin zahlen. Die Aussetzung betrifft eine einzelne jährliche Erhöhung.

(2) Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

(3) Sieht Ihre Versicherung - auch im Rahmen von eingeschlossenen Zusatzversicherungen - im Leistungsfall eine Befreiung von der Beitragszahlungspflicht vor, werden die



Erhöhungen ausgesetzt, solange Ihre Beitragszahlungspflicht aufgrund unserer Leistungsverpflichtung ganz oder teilweise entfällt. Diese Regelung gilt auch für die im Rahmen gegebenenfalls vereinbarter Vorschussleistungen bei Krebserkrankung gewährten Beitragsbefreiungen.

§ 6 Wann erlischt das Recht auf Erhöhung?

(1) Sie können die Erhöhungen bis zu dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem 55. Geburtstag der versicherten Person unmittelbar vorausgeht, beliebig oft aussetzen (siehe § 5 Absatz 1). Wenn Sie ab dem 55. Geburtstag der versicherten Person der Erhöhung einmal widersprechen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen automatisch. Das Recht kann jedoch mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(2) Wenn Sie alle zukünftigen Erhöhungen aus dem Vertrag herausnehmen und damit das Recht auf weitere Er-

höhungen insgesamt erlöschen lassen wollen, können Sie dies jederzeit in Textform (z. B. Papierform, E-Mail) beantragen. Das Recht auf zukünftige Erhöhungen kann mit unserer Zustimmung neu begründet werden.

(3) Bei Einschluss einer ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung (NESZ) erlischt das Recht auf Erhöhung für diese Zusatzversicherung, sobald aus NESZ ein Versicherungsfall wegen schwerer Erkrankung der versicherten Person mit Anspruch auf die Teilsumme (vergleiche § 1 Absatz 4 der Bedingungen für die ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung) eingetreten ist. Für die Hauptversicherung und sonstige eventuell eingeschlossene Zusatzversicherungen bleibt das Recht auf weitere planmäßige Erhöhungen jedoch bestehen.

Wenn für NESZ ein Mitversicherungsfall für Kinder eingetreten ist (vergleiche § 2 der Bedingungen für die ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung), bleibt das Recht auf weitere planmäßige Erhöhung auch für die ErnstfallSchutz-Zusatzversicherung bestehen.



Steuerrechtliche Hinweise (GN274609_202401)

Hiermit informieren wir Sie über wichtige - Ihre Versicherung betreffende - steuerrechtliche Regelungen. Unsere Hinweise entsprechen dem Stand der Steuergesetzgebung bei Vertragsabschluss.

Versicherungssteuer

Die Beiträge zu dieser Versicherung sind gemäß § 4 Absatz 1 Nr. 5 b) VersStG (Versicherungssteuergesetz) steuerfrei, sofern sie der Versorgung der Risikoperson oder der Versorgung von deren (nahen) Angehörigen im Sinne von § 1 Absatz 6 Satz 1 VersStDV dienen (vgl. § 1 Absatz 6 VersStDV). Dies gilt, sofern Sie Ihren Wohnsitz in Deutschland

haben. Bei einem Umzug ins Ausland kann sich dies gegebenenfalls aufgrund nationaler Regelungen im jeweiligen Land ändern. Wurde die Versicherung vor dem 01.01.2022 abgeschlossen, sind die Beiträge in jedem Fall steuerfrei.

Einkommenssteuer

Diese Regelungen gelten, sofern Sie Ihren Wohnsitz in Deutschland haben. Bei einem Umzug ins Ausland kann sich dies gegebenenfalls aufgrund nationaler Regelungen im jeweiligen Land ändern.

Berufsunfähigkeitsversicherungen

(1) Berufsunfähigkeitsversicherungen sind entsprechend EStG (Einkommenssteuergesetz) steuerlich begünstigt.

(2) Die Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommenssteuer im Rahmen der Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4 EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden.

(3) Berufsunfähigkeits- und Arbeitsunfähigkeits-Renten sind als abgekürzte Leibrenten nur in Höhe des Ertragsanteils (§ 22 EStG, § 55 EStDV) einkommenssteuerpflichtige Einkünfte. Zusätzliche lebenslange Pflegeleistungen sind einkommenssteuerfrei (§ 3 Nr. 1 a EStG). Der Ertragsanteil einer solchen Rente bestimmt sich in Abhängigkeit vom Alter bei Rentenbeginn, von der Höhe der Rentenzahlung und von der voraussichtlichen Rentenzahlungsdauer.

Falls Zusatzversicherungen eingeschlossen sind:

Alle Zusatzversicherungen

Die Beiträge zu evtl. eingeschlossenen Zusatzversicherungen können bei der Veranlagung zur Einkommenssteuer im Rahmen der Höchstbeträge

für sonstige Vorsorgeaufwendungen (§ 10 Absatz 4 EStG) als Sonderausgaben abgezogen werden.

Ernstfallschutz-Zusatzversicherung

Kapitalleistungen aus der Ernstfallschutz-Zusatzversicherung (Tarif NESZ) sind stets einkommenssteuerfrei.

Allgemeine Hinweise zum Versicherungsvertrag (GN254710_201807)

Leistungsverpflichtung des Versicherers

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten angegebenen Versicherungsbeginn. Ihr Vertrag gilt als abgeschlossen, wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags angenommen haben bzw. wenn wir Ihre Annahmeerklärung zu unserem Antrag erhalten haben. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir in der Regel nicht zur Leistung verpflichtet. Darüber hinaus besteht ggf. bereits vorher Versicherungsschutz gemäß den Bestimmungen des "vorläufigen Versicherungsschutzes" nach den Bedingungen im Aufnahmeantrag.

Beitragsverpflichtung des Versicherungsnehmers

"Wer ist Wer" beim Vertrag?

Als "Versicherungsnehmer" sind Sie unser Vertragspartner. Sie haben es auch übernommen, die Beiträge zu zahlen. Die "versicherte Person" hingegen ist die Person, auf deren Gesundheitszustand Ihre Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung abgeschlossen ist. Meist sind "Versicherungsnehmer" und "versicherte Person" ein und dieselbe Person.

Die von Ihnen zum Empfang der Versicherungsleistung bestimmte Person ist "Bezugsberechtigter". Es empfiehlt sich, insbesondere für den Todesfall, stets die Bezugsberechtigung namentlich festzulegen, z. B. Ihren Ehepartner (mit Nennung des Vornamens) oder Ihre Kinder (Name, Anschrift, Geburtsdatum). Prüfen Sie von Zeit zu Zeit, ob die Bezugsberechtigung noch Ihren Wünschen entspricht.

Die Bezugsberechtigung kann bis zum Eintritt des Todes der versicherten Person jederzeit widerrufen werden, falls sie nicht ausdrücklich als unwiderruflich bezeichnet worden ist.

Vertragspartnerschaft braucht Regeln

Versicherungsbedingungen sind bindend:

Für die Versicherung sind der Antrag und die dazugehörigen Erklärungen sowie die beigefügten Bedingungen maßgebend.

Annahmefrist:

Vorbehaltlich Ihres Widerrufsrechts nach § 8 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) ist der Versicherer berechtigt, Ihren Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem Tag der Antragstellung.

Haben wir Ihnen einen Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrags unterbreitet, so halten wir uns 6 Wochen an diesen Antrag gebunden.

Anzeigen und Erklärungen bedürfen der Textform

Alle uns oder Dritten gegenüber abzugebenden Anzeigen oder Erklärungen bedürfen zu Ihrer Wirksamkeit der Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail). Insbesondere mündliche oder telefonische Erklärungen sind also nicht ausreichend. Schreibt das Gesetz für bestimmte Anzeigen oder Erklärungen eine strengere Form als die Textform vor, ist die gesetzliche Form maßgeblich. Bitte adressieren Sie Ihre Erklärungen und Anzeigen an unsere Generaldirektion:

NÜRNBERGER Versicherung
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg
Fax: 0911 531-3206
E-Mail: info@nuernberger.de

Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose außergerichtliche Streitlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.



Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie per:
Tel.: 0800 3696000 (kostenfrei)*
Fax: 0800 3699000 (kostenfrei)*
Post: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Internet: www.versicherungsombudsmann.de
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

*Verbindungen zu 0800er-Nummern werden nicht von allen Telefondienst- oder Netzanbietern ermöglicht. Bei Fragen wenden Sie sich bitte direkt an Ihren persönlichen Anbieter.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streit-schlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
bzw. Postfach 12 53, 53002 Bonn

Beratungs-Service wird gebührenfrei geboten

Die Versicherungsvertreter oder Versicherungsmakler sind nicht berechtigt, vom Versicherungsnehmer irgendwelche besonderen Gebühren für die Aufnahme des Antrages oder aus anderen Gründen zu erheben.

Abschriften oder Ersatzurkunde lieferbar

Gemäß § 3 VVG (Versicherungsvertragsgesetz) kann der Versicherungsnehmer jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die er mit Bezug auf den Vertrag abgegeben hat. Er kann außerdem auf seine Kosten die Ausstellung einer Ersatzurkunde für einen abhanden gekommenen oder vernichteten Versicherungsschein verlangen.

Was müssen Sie über die Beitragszahlung wissen?

Die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung können Sie je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich zahlen. Sie können jederzeit auch eine Änderung der Zahlungsweise Ihrer laufenden Beiträge beantragen.

Was tun, wenn die laufenden Beiträge nicht mehr gezahlt werden können?

Wichtige Gründe, wie z. B. Krankheit oder Arbeitslosigkeit, können dazu führen, dass Sie eine Zeit lang die Beiträge zu Ihrer Berufsunfähigkeits- bzw. Grundfähigkeitsversicherung nicht mehr aufbringen können. Eine überstürzte Kündigung des Vertrags wäre dann sicherlich der schlechteste Ausweg. Lassen Sie sich in einer solchen Situation rechtzeitig von uns beraten. Wir haben je nach Lage Ihres Falls verschiedene Möglichkeiten, Ihnen zu helfen.

Rechtzeitige und vollständige Vorlage der Unterlagen, insbesondere die Angabe Ihrer Kontoverbindung, gewährleistet die prompte Abwicklung Ihrer Ansprüche im Leistungsfall.

Meldungen und Unterlagen an folgende Anschrift:
NÜRNBERGER Versicherung
Ostendstraße 100
90334 Nürnberg

Bestimmungen bei Zahlung mittels SEPA-Basislastschrift

Für die Durchführung der Beitragszahlung mittels SEPA-Basislastschrift gelten diese Bestimmungen:

1. Erteilung des SEPA-Lastschriftmandats

(1) Der Versicherungsnehmer erteilt dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der Versicherungsnehmer den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen. Zugleich weist er seinen Zahlungsdienstleister (in der Regel seine kontoführende Bank) an, die von dem Versicherer auf das Konto des Versicherungsnehmers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen.

(2) Das SEPA-Basislastschriftmandat enthält ferner grundsätzlich

- den Namen des Versicherers, seine Adresse und seine Gläubiger-Identifikationsnummer;
- die Angabe, ob das Mandat für wiederkehrende Zahlungen oder eine einmalige Zahlung gegeben wird;
- den Namen, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des Versicherungsnehmers.

(3) Die Mandatsreferenznummer wird vom Versicherer gesondert vergeben und dem Versicherungsnehmer nachträglich bekannt gegeben.

(4) Wird statt des Versicherungsnehmers eine andere Person als Beitragszahler (= abweichender Beitragszahler) vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

2. Vorabankündigung (Pre-Notification)

(1) Der Versicherer wird dem Versicherungsnehmer den SEPA-Basislastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der 1. SEPA-Basislastschriftzahlung ankündigen beziehungsweise im Rahmen einer Einmalzahlung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit der einmaligen SEPA-Basislastschriftzahlung (Vorabankündigung/Pre-Notification).

(2) Bei wiederkehrenden Lastschriften mit gleichen Lastschriftbeträgen erfolgt eine einmalige Vorabankündigung vor dem 1. SEPA-Basislastschrifteinzug; verändert sich der einzuziehende Lastschriftbetrag (z. B. durch eine Beitragserhöhung), erhält der Versicherungsnehmer eine neuerliche Vorabankündigung spätestens 5 Kalendertage vor der Fälligkeit des neuen Lastschriftbetrags.

(3) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, sind die Regelungen der Ziffer 3 zu beachten.

3. Besonderheiten bei abweichendem Beitragszahler

(1) Wird ein abweichender Beitragszahler vereinbart, erteilt dieser dem Versicherer zur Durchführung der Beitragszahlung ein SEPA-Basislastschriftmandat. Darin ermächtigt der abweichende Beitragszahler den Versicherer, Zahlungen von seinem Konto mittels SEPA-Basislastschrift einzuziehen, und weist zugleich seinen Zahlungsdienstleister an, die von dem Versicherer auf das Konto des abweichenden Beitragszahlers gezogenen SEPA-Basislastschriften einzulösen. Im SEPA-Basislastschriftmandat sind der Name, die Adresse, die Kontoverbindung und die Unterschrift des abweichenden Beitragszahlers aufzunehmen.

(2) Die Mitteilung der Mandatsreferenznummer nach Ziffer 1 (3) sowie die Vorabankündigung (Pre-Notification) nach Ziffer 2 werden gegenüber dem Versicherungsnehmer und dem abweichenden Beitragszahler vorgenommen.

(3) Der Versicherungsnehmer als unser Vertragspartner ist verpflichtet, Änderungen beim abweichenden Beitragszahler (insbesondere eine Adressänderung) unverzüglich dem Versicherer mitzuteilen. Der Versicherungsnehmer stellt sicher, dass der abweichende Beitragszahler mit der Übermittlung der Änderungen der personenbezogenen Daten an den Versicherer einverstanden ist. Kann eine Lastschrift nicht eingelöst werden, weil der Versicherungsnehmer diese Pflicht nicht erfüllt hat, muss er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden ersetzen.

4. Haftung bei Rücklastschriften

Verursacht der Versicherungsnehmer schuldhaft eine Rücklastschrift (z. B. durch unrichtige Angaben im SEPA-Basislastschriftmandat oder durch Unterlassen der Mitteilung von Änderungen), hat er dem Versicherer den daraus entstehenden Schaden zu ersetzen.



Inhaltsverzeichnis für Verbraucherinformationen

Verbraucherinformationen nach VVG für Krankenzusatzversicherung(en)

- Produktinformationsblatt zur Krankenversicherung
- Allgemeine Informationen nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) zur Krankenversicherung
- Informationsblatt der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) gemäß § 10a Abs. 3 VAG zur Krankenversicherung
- KV757 Allgemeine Versicherungsbedingungen des Kranken-Tagegeldtarifs TG6 für gesetzlich krankenversicherte Personen

Private Krankenversicherung

Informationsblatt zu Versicherungsprodukten

Unternehmen: NÜRNBERGER Krankenversicherung AG

Produkt: Krankentagegeld-Versicherung TG6

Mitgliedstaat: Bundesrepublik Deutschland

Dieses Blatt dient nur Ihrer Information und gibt Ihnen einen kurzen Überblick über die wesentlichen Inhalte Ihrer Versicherung. Die vollständigen Informationen finden Sie in Ihren Vertragsunterlagen (Versicherungsantrag, Versicherungsschein und Versicherungsbedingungen). Damit Sie umfassend informiert sind, lesen Sie bitte alle Unterlagen durch.

Um welche Art von Versicherung handelt es sich?

Es handelt sich um eine Krankentagegeld-Versicherung für gesetzlich versicherte Arbeitnehmer oder Selbstständige. Sie sichert Ihren Verdienstaufschlag bei Arbeitsunfähigkeit und während der gesetzlichen Mutterschutzfristen. Der Tarif TG6 kann nur in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung der NÜRNBERGER abgeschlossen werden.



Was ist versichert?

Wir zahlen bei Arbeitsunfähigkeit sowie während der gesetzlichen Mutterschutzfristen und am Entbindungstag:

- ✓ 100 % des vereinbarten Tagessatzes ab der 7. Woche, zeitlich unbegrenzt.

Arbeitsunfähigkeit liegt vor, wenn Sie Ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben können, sie auch nicht ausüben und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgehen.

Zusammen mit einer Berufsunfähigkeitsversicherung wird ein lückenloser Übergang zwischen Tagegeldleistung bei Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeitsrente gewährleistet.

Wird der Tarif als Anwartschaft geführt, haben Sie während dieser Zeit keinen Leistungsanspruch. Die Anwartschaftstarife sind im Angebot und im Versicherungsschein gekennzeichnet.



Was ist nicht versichert?

Keine Leistungspflicht besteht:

- ✗ Wegen auf Vorsatz beruhende Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren.
- ✗ Wenn Sie sich nicht an ihrem Wohnsitz in Deutschland aufhalten, es sei denn, dass Sie sich in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung im europäischen Ausland befinden.

Weitere Einschränkungen der Leistungspflicht entnehmen Sie bitte § 5 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankentagegeld-Versicherung TG6 für gesetzlich krankenversicherte Personen.



Gibt es Deckungsbeschränkungen?

- ! Für psychische Erkrankungen bestehen 8 Monate Wartezeiten.
- ! Während der Karenzzeit von 6 Wochen erhalten Sie kein Krankentagegeld.
- ! Bei wiederholtem Auftritt derselben Krankheit innerhalb von 6 Monaten werden die Karenzzeiten der letzten 12 Monate angerechnet.
- ! Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern bzw. mit anderen Ersatzleistungen während des Mutterschutzes (z. B. Mutterschaftsgeld, Elterngeld) das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen.



Wo bin ich versichert?

- ✓ Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.
- ✓ Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im Ausland zahlen wir für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus.
- ✓ Werden Sie außerhalb Ihres Wohnsitz arbeitsunfähig, so steht Ihnen das Krankentagegeld auch zu, solange eine Rückkehr nach medizinischem Befund ausgeschlossen ist.



Welche Verpflichtungen habe ich?

- Sie können den Tarif TG6 nur dann abschließen, wenn Sie in einer deutschen gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versichert sind und eine Berufsunfähigkeitsversicherung bei der NÜRNBERGER führen. Wenn diese Voraussetzungen nicht mehr gegeben sind, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen.
- Vor Vertragsschluss führen wir eine Gesundheitsprüfung durch. Daher müssen Sie alle von uns geforderten Angaben zu durchgemachten oder bestehenden Beschwerden und Erkrankungen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten.
- Wenn Sie einen anderen Beruf ausüben, sich Ihr Nettoeinkommen nicht nur vorübergehend vermindert oder Sie berufsunfähig werden, müssen Sie uns dies unverzüglich anzeigen. Wenn sich Ihr Einkommen erhöht, kann der Tagessatz ohne erneute Gesundheitsprüfung und Wartezeiten angepasst werden.
- Auf Verlangen müssen Sie uns während der Vertragslaufzeit jede Auskunft erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalls oder der Leistungspflicht und ihres Umfangs erforderlich ist.
- Die ärztlich festgelegte Arbeitsunfähigkeit müssen Sie uns spätestens am Tag des vereinbarten Leistungsbeginns anzeigen. Bei längerer Arbeitsunfähigkeit ist die ärztliche Bescheinigung alle 2 Wochen zu erneuern. Ein Formblatt hierzu können Sie bei uns anfordern oder als Online-Formular unter www.nuernberger.de herunterladen.
- Wenn sich Ihre Postanschrift ändert, müssen Sie dies unverzüglich mitteilen. Andernfalls können Nachteile entstehen. Das Gleiche gilt bei Namensänderung.

Weitere Informationen entnehmen Sie bitte den §§9 und 10 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Krankentagegeld-Versicherung TG6 für gesetzlich krankenversicherte Personen.



Wann und wie zahle ich?

- Der Beitrag ist ein Monatsbeitrag und ist am 1. eines jeden Monats fällig.
- Den 1. Beitrag müssen Sie unverzüglich nach Ablauf von 2 Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen, sofern nicht etwas anderes vereinbart wurde.
- Verspätete Beitragszahlungen können zum Verlust des Versicherungsschutzes führen.
- Sie können uns ermächtigen, die Beiträge von Ihrem Konto mittels SEPA-Lastschriftmandat einzuziehen. Alternativ können Sie als Zahlungsweise die Überweisung wählen. Die Beiträge müssen Sie an die von uns zu bezeichnende Stelle entrichten.



Wann beginnt und endet die Deckung?

- Der Beginn des Versicherungsschutzes ist im Versicherungsschein angegeben. Versicherungsbeginn ist jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags und nicht vor Ablauf von Wartezeiten.
- Der Vertrag wird auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- Der Versicherungsschutz endet bei wirksamer Kündigung durch Sie (siehe auch „Wie kann ich den Vertrag kündigen?“). Wir können den Vertrag innerhalb eines Monats ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn Sie oder die versicherte Person den während der Vertragslaufzeit vorgesehenen Verpflichtungen vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht nachkommen.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn Sie oder eine versicherte Person den Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthaltsort in einen Staat außerhalb der EU, des Europäischen Wirtschaftsraums oder der Schweiz legen. Es sei denn, das Vertragsverhältnis wird aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt.
- Der Versicherungsschutz endet, wenn die Berufsunfähigkeitsversicherung bei der NÜRNBERGER endet oder wenn Sie berufsunfähig werden.
- Scheiden Sie oder eine versicherte Person aus der GKV aus, endet für die betroffenen Personen die Versicherung nach Tarif TG6.



Wie kann ich den Vertrag kündigen?

- Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres kündigen. Hierbei gilt eine Kündigungsfrist von 3 Monaten.
- Erhöhen sich die Beiträge, können Sie Ihren Vertrag innerhalb von 2 Monaten nach Zugang der Änderungsmitteilung zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung außerordentlich kündigen.



Informationsblatt zu Ihrem Krankenversicherungsvertrag nach § 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV) (KV290_202207)

1. Sitz und Identität des Versicherers

Ihr Vertragspartner ist die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG,
Sitz: Nürnberg
Registergericht: Amtsgericht Nürnberg HRB 10668

Sie hat die Rechtsform einer Aktiengesellschaft
Kontaktadresse:
Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg
Telefon 0911 531-5, Fax 0911 531-4116
info@nuernberger.de, www.nuernberger.de
Bankverbindung: Deutsche Bank AG Nürnberg,
BIC: DEUTDEMM760, IBAN: DE43 7607 0012 0464 1684 00

2. Ansprechpartner im Ausland

Entfällt.

3. Ladungsfähige Anschrift des Versicherers

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG, Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg, vertreten durch den Vorstand Christian Barton, Andreas Lauth, Dr. Jobst Leikeb

4. Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers und zuständige Aufsichtsbehörde Hauptgeschäftstätigkeit

Die Hauptgeschäftstätigkeit der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist der Betrieb der privaten Krankenversicherung.

Aufsichtsbehörde

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG steht unter der staatlichen Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Postfach 12 53, 53002 Bonn.

5. Zugehörigkeit zu einem Sicherungsfonds

Die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ist Mitglied des Sicherungsfonds Medicator AG, Gustav-Heinemann-Ufer 74c, 50968 Köln.

6. Wesentliche Merkmale der Versicherungsleistung

Anwendbares Recht

Der beantragte Vertrag unterliegt dem deutschen Recht, insbesondere den Vorschriften des VVG (Versicherungsvertragsgesetz) und BGB (Bürgerliches Gesetzbuch).

Zugrunde liegende Versicherungsbedingungen und Tarifbestimmungen

Die für das Versicherungsverhältnis geltenden Bedingungen sind den Ihnen ausgehändigten Unterlagen beigelegt.

Art, Umfang Fälligkeit und Erfüllung der Versicherungsleistung

Angaben über die Art, den Umfang, die Fälligkeit und die Erfüllung der Leistung des Versicherers finden Sie in den beigelegten Allgemeinen Vertragsdaten sowie in den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Geldleistungen des Versicherers sind mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung notwendigen Erhebungen fällig.

7. Gesamtpreis der Versicherung

Den gesamten zu entrichtenden Beitrag für Ihren Vertrag können Sie dem beigelegten vorläufigen Versicherungsschein (Invitativmodell) bzw. dem Angebot/Antrag (Antragsmodell) entnehmen.

8. Zusätzliche Kosten

Zusätzlich zu dem unter Punkt 7 genannten Gesamtpreis der Versicherung werden von uns keine weiteren planmäßigen Gebühren oder Kosten erhoben. Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt beispielsweise bei schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen, Verzug bei Folgebeiträgen oder Rückläufern im Lastschriftverfahren.

Für den Fall des Verzugs bei Folgebeiträgen beachten Sie bitte Folgendes: Erfolgt die Zahlung eines Folgebeitrags nicht oder nicht rechtzeitig, geraten Sie in Verzug, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung oder verspätete Zahlung nicht zu vertreten. Im Falle des Verzugs kann ein ersatzpflichtiger Verzugsschaden entstehen. Weitere Regelungen zur Fälligkeit des Folgebeitrags und zur Rechtzeitigkeit der Zahlung entnehmen Sie den entsprechenden Paragraphen der beigefügten Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

9. Einzelheiten hinsichtlich Zahlung und Erfüllung

Der Beitrag ist unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbegins.

Weitere Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Beiträge können Sie den beigefügten Allgemeinen Vertragsdaten sowie den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen entnehmen.

10. Befristung der Gültigkeitsdauer dieser Informationen

Die Angaben, insbesondere hinsichtlich der Höhe des Beitrags gelten, soweit uns innerhalb der nächsten 4 Wochen Ihr verbindlicher Antrag auf Abschluss des oben genannten Versicherungsvertrags vorliegt. Beitragsänderungen wegen etwaiger Beitragsanpassungen bzw. im Rahmen der Risikoprüfung notwendiger Zuschläge sind nicht berücksichtigt.

11. Kapitalanlagerisiko

Entfällt.

12. Angaben über das Zustandekommen des Vertrages - Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbegins), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrages (insbesondere Zugang des Versicherungsscheines oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet.

13. Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1 - Widerrufsrecht, Widerrufsfolge und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie

- den Versicherungsschein,
 - die Vertragsbestimmungen, einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen,
 - diese Belehrung,
 - das Produktinformationsblatt
 - und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen
- jeweils in Textform erhalten haben.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.
Der Widerruf ist an folgende Adresse zu richten:

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG
Ostendstr. 100, 90334 Nürnberg
Fax 0911 531-4116
info@nuernberger.de, www.nuernberger.de



Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrags, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrags, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich um einen Betrag, den Sie nach folgender Formel errechnen können: Anzahl der Tage, an denen Versicherungsschutz bestanden hat, multipliziert mit 1/30 des Monatsbeitrags. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Haben Sie Ihr Widerrufsrecht nach § 8 VVG wirksam ausgeübt, sind Sie auch an einen mit dem Versicherungsvertrag zusammenhängenden Vertrag nicht mehr gebunden. Ein zusammenhängender Vertrag liegt vor, wenn er einen Bezug zu dem widerrufenen Vertrag aufweist und eine Dienstleistung des Versicherers oder eines Dritten auf der Grundlage einer Vereinbarung zwischen dem Dritten und dem Versicherer betrifft. Eine Vertragsstrafe darf weder vereinbart noch verlangt werden.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2 - Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1: Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

- a) die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
- b) die Identität einer Vertreterin oder eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem Sie Ihren Wohnsitz haben, wenn es eine solche Vertreterin oder einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Versicherer, wenn Sie mit dieser geschäftlich zu tun haben, und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber Ihnen tätig wird;
- c) • die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
• jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen einer Vertreterin oder einem Vertreter des Versicherers oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Buchstabe b) und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- d) die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
- e) Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
- f) die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;

- g) den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
- h) • gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
• alle Kosten, die Ihnen für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden;
- i) Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
- j) die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
- k) den Hinweis, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen;
- l) Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;
- m) das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- n) • Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
• Angaben zur Mindestlaufzeit des Vertrages;
- o) Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
- p) die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
- q) das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
- r) die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
- s) einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
- t) Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.



Unterabschnitt 2: Zusätzliche Informationspflichten bei substitutiven Krankenversicherungen

Bei substitutiven Krankenversicherungen hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

- a) Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
- b) Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
- c) Angaben über die Auswirkungen steigender Krankheitskosten auf die zukünftige Beitragsentwicklung;
- d) Hinweise auf die Möglichkeiten zur Beitragsbegrenzung im Alter, insbesondere auf die Möglichkeiten eines Wechsels in den Basistarif oder in andere Tarife gemäß § 204 des Versicherungsvertragsgesetzes und der Vereinbarung von Leistungsausschlüssen sowie auf die Möglichkeit einer Prämienminderung gemäß § 152 Absatz 3 und 4 des Versicherungsaufsichtsgesetzes;
- e) einen Hinweis, dass ein Wechsel von der privaten in die gesetzliche Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter in der Regel ausgeschlossen ist;
- f) einen Hinweis, dass ein Wechsel innerhalb der privaten Krankenversicherung in fortgeschrittenem Alter mit höheren Beiträgen verbunden sein kann und gegebenenfalls auf einen Wechsel in den Basistarif beschränkt ist;
- g) eine Übersicht in Euro über die Beitragsentwicklung im Zeitraum der dem Angebot vorangehenden zehn Jahre; anzugeben ist, welcher monatlichen Beitrag in den dem Angebot vorangehenden zehn Jahren jeweils zu entrichten gewesen wäre, wenn der Versicherungsvertrag zum damaligen Zeitpunkt von einer Person gleichen Geschlechts wie Sie mit Eintrittsalter von 35 Jahren abgeschlossen worden wäre; besteht der angebotene Tarif noch nicht seit zehn Jahren, so ist auf den Zeitpunkt der Einführung des Tarifs abzustellen, und es ist darauf hinzuweisen, dass die Aussagekraft der Übersicht wegen der kurzen Zeit, die seit der Einführung des Tarifs vergangen ist, begrenzt ist; ergänzend ist die Entwicklung eines vergleichbaren Tarifs, der bereits seit zehn Jahren besteht, darzustellen.

Ende der Widerrufsbelehrung

14. Laufzeit/Mindestlaufzeit des Vertrages

Der Krankenversicherungsvertrag wird grundsätzlich für die Dauer von 2 Versicherungsjahren geschlossen. Für enthaltene Krankentagegeld- und Pflegetagegeldtarife sowie die Tarife Z80, Z90 und Z100 gilt abweichend eine Mindestlaufzeit von 1 Versicherungsjahr. Im Basistarif beträgt die Mindestlaufzeit 18 Monate. Der Vertrag verlängert sich stillschweigend, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird (siehe Punkt 15). Die Vertragslaufzeit des Tarifs OPT ist auf 10 Jahre befristet. Nach Ablauf der Vertragslaufzeit endet der Vertrag bezüglich des Tarifs OPT ohne Kündigung.

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

15. Beendigung des Vertrages

Sie können das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres, frühestens aber zum Ablauf der Mindestlaufzeit, mit einer Frist von 3 Monaten in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) kündigen.

Bei den Tarifen Z80, Z90, Z100 und AM300 ist nach der Mindestlaufzeit des Vertrags eine Kündigung zum Ende des nächsten Monats möglich.

Ein Sonderkündigungsrecht haben Sie bei:

- Beitragsanpassungen aufgrund Erreichen eines bestimmten Lebensalters
- sonstigen Beitragsanpassungen

Das Versicherungsverhältnis endet weiterhin mit dem Tod des Versicherungsnehmers und insoweit mit dem Tod einer versicherten Person.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

16. Abweichendes Recht bei Vertragsanbahnungen

Entfällt.

17. Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht und über das zuständige Gericht

Anwendbares Recht

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Gerichtsstand

Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend gemacht werden. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Unsere Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können wir gegen Sie an dem für Ihren Wohnsitz oder ständigen Aufenthalt zuständigen Gericht geltend machen.

Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den entsprechenden Paragraphen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

18. Sprachen der Versicherungsbedingungen, der Kommunikation und der Vorabinformationen

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet die deutsche Sprache Anwendung. Das bedeutet, dass alle Vertragsunterlagen, wie z. B. die Versicherungsbedingungen, diese Informationen und die übrigen Verbraucherinformationen und auch die Kommunikation während der Laufzeit Ihres Vertrages in deutscher Sprache erfolgen.

19. Außergerichtliches Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V., Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie wie folgt:

OMBUDSMANN

Private Kranken- und Pflegeversicherung

Postfach 06 02 22, 10052 Berlin, Tel. 0800 2550444*, Fax 030 20458931,

www.pkv-ombudsmann.de

*Kostenfrei aus deutschen Telefonnetzen.

Von der Inanspruchnahme des kostenlosen außergerichtlichen Streitschlichtungsverfahrens unberührt bleibt die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

20. Beschwerdemöglichkeit bei der Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich bei der zuständigen Aufsichtsbehörde zu beschweren:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 12 53, 53002 Bonn.



Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) des Kranken-Tagegeldtarifs TG6 für gesetzlich krankenversicherte Personen (KV757_202211)

bestehend aus:

Allgemeinen Bedingungen für die Krankentagegeld-Versicherung Tarifbedingungen des Tarifs TG6 Nr. 1 - 31 (im Text kursiv hervorgehoben)

Inhalt

Der Versicherungsschutz

- § 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes
- § 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag
- § 2 Beginn des Versicherungsschutzes
- § 3 Wartezeiten
- § 4 Umfang der Leistungspflicht
- § 5 Einschränkung der Leistungspflicht
- § 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen
- § 7 Ende des Versicherungsschutzes

Pflichten des Versicherungsnehmers

- § 8 Beitragszahlung
- § 8a Beitragsberechnung
- § 8b Beitragsanpassung
- § 9 Obliegenheiten
- § 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen
- § 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit
- § 12 Aufrechnung

Ende der Versicherung

- § 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer
- § 14 Kündigung durch den Versicherer
- § 15 Sonstige Beendigungsgründe

Sonstige Bestimmungen

- § 16 Willenserklärungen und Anzeigen
- § 17 Gerichtsstand
- § 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen
- § 19 Abstimmung der Vertrags- und Leistungsbearbeitung
- § 20 Sonstiges

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Hinweis auf den Rechtsweg

Anhang

Der Versicherungsschutz

§ 1 Gegenstand, Umfang und Geltungsbereich des Versicherungsschutzes

(1) Der Versicherer bietet Versicherungsschutz gegen Verdienstaussfall als Folge von Krankheiten oder Unfällen, soweit dadurch Arbeitsunfähigkeit verursacht wird. Er zahlt im Versicherungsfall für die Dauer einer Arbeitsunfähigkeit ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang.

(2) Sinn der Versicherung nach Tarif TG6 ist, zusammen mit einer Berufsunfähigkeits-Versicherung der versicherten Person einen lückenlosen Übergang zwischen Tagegeldleistung bei Arbeitsunfähigkeit und Berufsunfähigkeits-Rente zu gewährleisten. Voraussetzung für die Versicherung in Tarif TG6 ist daher, dass der Tarif TG6 in Verbindung mit einer Berufsunfähigkeits-Versicherung bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG oder der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG abgeschlossen und mit dieser geführt wird.

Nr. 1 Versicherungsfähigkeit

Versicherungsfähig sind Arbeitnehmer und Selbstständige, die Mitglied der deutschen Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind. Der Wegfall der Versicherungsfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen.

Als Arbeitnehmer gelten Personen, die gegen Entgelt in einem festen Arbeitsverhältnis stehen und ihren ständigen Wohnsitz in Deutschland haben.

Als Selbstständige gelten Personen mit Wohn- und Geschäftssitz in Deutschland, die regelmäßige Einkünfte aus selbstständiger Berufsausübung erzielen und einkommensteuerpflichtig sind. Hierzu gehören Angehörige der freien Berufe sowie selbstständige Berufstätige in der gewerblichen Wirtschaft, die ihr Gewerbe bei der Behörde angezeigt bzw. eine Gewerbeerlaubnis haben.

(3) Versicherungsfall ist die medizinisch notwendige Heilbehandlung einer versicherten Person wegen Krankheit oder Unfallfolgen, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird. Der Versicherungsfall beginnt mit der Heilbehandlung; er endet, wenn nach medizinischem Befund keine Arbeitsunfähigkeit und keine Behandlungsbedürftigkeit mehr bestehen. Eine während der Behandlung neu eingetretene und behandelte Krankheit oder Unfallfolge, in deren Verlauf Arbeitsunfähigkeit ärztlich festgestellt wird, begründet nur dann einen neuen Versicherungsfall, wenn sie mit der ersten Krankheit oder Unfallfolge in keinem ursächlichen Zusammenhang steht. Wird Arbeitsunfähigkeit gleichzeitig durch mehrere Krankheiten oder Unfallfolgen hervorgerufen, so wird das Krankentagegeld nur einmal gezahlt.

(4) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht.

(5) Der Umfang des Versicherungsschutzes ergibt sich aus dem Versicherungsschein, späteren schriftlichen Vereinbarungen, den Allgemeinen Versicherungsbedingungen (Musterbedingungen mit Anhang, Tarif mit Tarifbedingungen) sowie den gesetzlichen Vorschriften. Das Versicherungsverhältnis unterliegt deutschem Recht.

(6) Der Versicherungsnehmer kann die Umwandlung der Versicherung in einen gleichartigen Versicherungsschutz verlangen. Der Versicherer nimmt einen Antrag auf Umwandlung in angemessener Frist an. Die erworbenen Rechte bleiben erhalten; die nach den technischen Berechnungsgrundlagen gebildete Rückstellung für das mit dem Alter der versicherten Person wachsende Wagnis (Alterungsrückstellung) wird nach Maßgabe dieser Berechnungsgrundlagen angerechnet. Soweit der neue Versicherungsschutz höher oder umfassender ist, kann insoweit ein Risikozuschlag (§ 8a Absatz 3 und 4) verlangt oder ein Leistungsauschluss vereinbart werden. Mit Ausnahme einer Befristung nach § 196 VVG (siehe Anhang) besteht der Umwandlungsanspruch nicht bei befristeten Versicherungsverhältnissen. Die Umwandlung des Versicherungsschutzes aus einem Tarif, bei dem die Beiträge geschlechtsunabhängig kalkuliert werden, in einen Tarif, bei dem dies nicht der Fall ist, ist ausgeschlossen.

(7) Der Versicherungsschutz erstreckt sich auf Deutschland.

(8) Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im europäischen Ausland wird für im Ausland akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt. Für einen vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland können besondere Vereinbarungen getroffen werden.

Nr. 2 Ausland

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt im außereuropäischen Ausland besteht Versicherungsschutz in gleicher Weise wie im europäischen Ausland.

(9) Verlegt eine versicherte Person ihren gewöhnlichen Aufenthalt in einen anderen Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder einen anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wird für in diesem Staat akut eingetretene Krankheiten oder Unfälle das Krankentagegeld in vertraglichem Umfang für die Dauer einer medizinisch notwendigen stationären Heilbehandlung in einem öffentlichen Krankenhaus gezahlt.



Nr. 3 Schweiz

Die Schweiz wird in allen Bestimmungen den in § 1 Absatz 9 genannten Staaten bzw. den anderen Mitgliedstaaten der Europäischen Union und anderen Vertragsstaaten des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum gleichgestellt.

§ 1a Krankentagegeld während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag

(1) Versicherungsfall ist auch der Verdienstaussfall der weiblichen Versicherten, der während der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes sowie am Entbindungstag entsteht, wenn die Versicherte in diesem Zeitraum nicht oder nur eingeschränkt beruflich tätig ist. Für diesen Versicherungsfall gelten die Bestimmungen der § 1 und §§ 2 bis 18 sinngemäß, soweit sich aus den nachfolgenden Absätzen keine Abweichungen ergeben.

(2) Der Versicherer zahlt für die Dauer dieser Schutzfristen und am Entbindungstag ein Krankentagegeld in vertraglichem Umfang ungeachtet der Leistungsausschlüsse nach § 5. Soweit der versicherten Person in diesem Zeitraum ein Anspruch auf Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch oder nach dem Mutterschutzgesetz, auf Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz oder auf einen anderen anderweitigen angemessenen Ersatz für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall zusteht, wird dieser auf das vereinbarte Krankentagegeld angerechnet. Wenn die versicherte Person während der gesetzlichen Mutterschutzfristen oder am Entbindungstag arbeitsunfähig mit Anspruch auf Bezug von Krankentagegeld ist oder wird, wird das Krankentagegeld nur einmal bis zur vereinbarten Höhe gezahlt.

(3) Das während der Mutterschutzfristen und am Entbindungstag gezahlte Krankentagegeld darf zusammen mit dem Mutterschaftsgeld nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch und nach dem Mutterschutzgesetz, dem Elterngeld nach dem Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz und anderen Ersatzleistungen für den während dieser Zeit verursachten Verdienstaussfall das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Beginn der Mutterschutzfrist nach § 3 Absatz 1 des Mutterschutzgesetzes.

(4) Der Eintritt und die Dauer der Schutzfristen nach § 3 Absatz 1 und § 3 Absatz 2 des Mutterschutzgesetzes und der Tag der Entbindung sind durch den Versicherungsnehmer nachzuweisen. Dieser trägt etwaige Kosten des Nachweises.

(5) Die Wartezeit beträgt acht Monate ab Versicherungsbeginn.

§ 2 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein bezeichneten Zeitpunkt (Versicherungsbeginn), jedoch nicht vor Abschluss des Versicherungsvertrags (insbesondere Zugang des Versicherungsscheins oder einer schriftlichen Annahmeerklärung) und nicht vor Ablauf von Wartezeiten. Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, wird nicht geleistet. Nach Abschluss des Versicherungsvertrags eingetretene Versicherungsfälle sind nur für den Teil von der Leistungspflicht ausgeschlossen, der in die Zeit vor Versicherungsbeginn oder in Wartezeiten fällt. Bei Vertragsänderungen gelten die Sätze 1 bis 3 für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes.

Nr. 4 Abschluss und Dauer des Versicherungsvertrages

Der Vertrag wird für ein Versicherungsjahr abgeschlossen; er verlängert sich stillschweigend um je ein Jahr, sofern er nicht gemäß § 13 oder § 14 in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) gekündigt wird. Die Dauer einer bestehenden Vorversicherung nach einem Krankentagegeldtarif wird bei Tarifwechsel angerechnet.

Nr. 5 Versicherungsjahr

Das erste Versicherungsjahr rechnet vom Versicherungsbeginn an und endet am 31. Dezember des betreffenden Kalenderjahres. Die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

§ 3 Wartezeiten

(1) Auf allgemeine Wartezeiten wird verzichtet.

(2) Die besondere Wartezeit für psychische Erkrankungen beträgt acht Monate. Auf sonstige besondere Wartezeiten wird verzichtet.

(3) Die besondere Wartezeit für psychische Erkrankungen kann erlassen werden, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb von 14 Tagen nach Antragstellung für die ohne Wartezeiten zu versichernden Personen auf seine Kosten ärztliche Zeugnisse über ihren Gesundheitszustand vorlegt. Dies kann auch über ein Formblatt des Versicherers erfolgen.

§ 4 Umfang der Leistungspflicht

(1) Höhe und Dauer der Versicherungsleistungen ergeben sich aus dem Tarif mit Tarifbedingungen.

Nr. 6 Leistungsdauer

Die Zahlung des vereinbarten Krankentagegelds beginnt in Tarif TG6 ab der 7. Woche (Karenzzeit 6 Wochen) der Arbeitsunfähigkeit

bzw. der Mutterschutzfristen (siehe § 1a). Das Krankentagegeld wird ohne zeitliche Begrenzung gezahlt.

Tritt innerhalb von sechs Monaten nach dem Ende einer Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge erneut Arbeitsunfähigkeit ein, so werden die in den letzten zwölf Monaten vor Beginn der erneuten Arbeitsunfähigkeit nachgewiesenen Zeiten der Arbeitsunfähigkeit wegen der gleichen Krankheit oder Unfallfolge auf die Karenzzeit angerechnet.

Nr. 7 Berufsrisiko

Auftretende Berufskrankheiten und Berufsunfälle sind zuschlagsfrei mitversichert.

(2) Das Krankentagegeld darf zusammen mit sonstigen Krankentage- und Krankengeldern das auf den Kalendertag umgerechnete, aus der beruflichen Tätigkeit herrührende Nettoeinkommen nicht übersteigen. Maßgebend für die Berechnung des Nettoeinkommens ist der Durchschnittsverdienst der letzten 12 Monate vor Antragstellung bzw. vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit, sofern der Tarif keinen anderen Zeitraum vorsieht.

Nr. 8 sonstige Krankentage- und Krankengelder

Leistungen einer bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG oder der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG geführten Berufsunfähigkeits-Versicherung gelten nicht als sonstige Krankentage- und Krankengelder im Sinne von § 4 Absatz 2 Satz 1.

(3) Der Versicherungsnehmer ist verpflichtet dem Versicherer unverzüglich eine nicht nur vorübergehende Minderung des aus der Berufstätigkeit herrührenden Nettoeinkommens mitzuteilen.

(4) Sinkt das durchschnittliche Nettoeinkommen der versicherten Person in einem Zeitraum von 12 Monaten unter die Höhe des dem Verträge zugrunde gelegten Nettoeinkommens, kann der Versicherer, auch wenn der Versicherungsfall bereits eingetreten ist, das Krankentagegeld und den Beitrag entsprechend dem geminderten Nettoeinkommen herabsetzen.

Für einen Arbeitnehmer sind die letzten 12 Monate vor der Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf die letzten 12 Monate vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Für selbstständig Tätige ist das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Kenntniserlangung des Versicherers der maßgebende Zeitraum. Ist bei Kenntniserlangung des Versicherers bereits Arbeitsunfähigkeit eingetreten, ist auf das letzte abgelaufene Kalenderjahr vor Beginn der Arbeitsunfähigkeit als maßgebenden Zeitraum abzustellen.

Zeiten, in denen Arbeitsunfähigkeit oder ein Beschäftigungsverbot aufgrund von Schutzvorschriften bestand, bleiben dabei außer Betracht. Die Bestimmung des Nettoeinkommens richtet sich ungeachtet des Absatzes 2 nach den Tarifbedingungen. Die Herabsetzung des Krankentagegelds und des Beitrags werden von Beginn des zweiten Monats nach Zugang der Herabsetzungserklärung beim Versicherungsnehmer an wirksam. Bis zum Zeitpunkt der Herabsetzung wird die Leistungspflicht im bisherigen Umfang auch für eine bereits eingetretene Arbeitsunfähigkeit nicht berührt.

Nr. 9 Anzeigepflicht bei Änderung der Entgeltfortzahlung

Die Verpflichtung des Versicherungsnehmers gemäß Absatz 3 und die Regelung über die Änderung des Vertrags gemäß Absatz 4 gelten sinngemäß auch bei einer Änderung der Dauer der Fortzahlung des Entgelts durch den Arbeitgeber.

Nr. 10 Nettoeinkommen

Als Nettoeinkommen im Sinne der Versicherungsbedingungen gelten bei

Arbeitnehmern:

Einkünfte aus nichtselbstständiger Arbeit: 80 Prozent des Bruttoeinkommens

Selbstständigen und Freiberuflern:

Einkünfte aus selbstständiger Arbeit und freiberuflicher Tätigkeit: 70 Prozent des nach den Vorschriften des Einkommenssteuergesetzes ermittelten Gewinns vor Steuern in den letzten zwölf Monaten vor Eintritt der Arbeitsunfähigkeit

(5) Die Zahlung von Krankentagegeld setzt voraus, dass die versicherte Person während der Dauer der Arbeitsunfähigkeit durch einen niedergelassenen approbierten Arzt oder Zahnarzt bzw. im Krankenhaus behandelt wird.

(6) Der versicherten Person steht die Wahl unter den niedergelassenen approbierten Ärzten und Zahnärzten frei.

(7) Eintritt und Dauer der Arbeitsunfähigkeit sind durch Bescheinigung des behandelnden Arztes oder Zahnarztes nachzuweisen. Etwaige Kosten derartiger Nachweise hat der Versicherungsnehmer zu tragen. Bescheinigungen von Ehegatten, Lebenspartnern gemäß § 1 Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (siehe Anhang), Eltern oder Kindern reichen zum Nachweise der Arbeitsunfähigkeit nicht aus.

Nr. 11 Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit

Für die Bescheinigung der Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 7 kann beim Versicherer ein Formblatt angefordert werden.



(8) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung hat die versicherte Person freie Wahl unter den öffentlichen und privaten Krankenhäusern, die unter ständiger ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und Krankengeschichten führen.

(9) Bei medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung in Krankenanstalten, die auch Kuren bzw. Sanatoriumsbehandlung durchführen oder Rekonvaleszenten aufnehmen, im Übrigen aber die Voraussetzungen von Absatz 8 erfüllen, werden die tariflichen Leistungen nur dann erbracht, wenn der Versicherer diese vor Beginn der Behandlung schriftlich zugesagt hat. Bei Tbc-Erkrankungen wird in vertraglichem Umfang auch bei stationärer Behandlung in Tbc-Heilstätten und -Sanatorien geleistet.

Nr. 12 Verzicht auf vorherige schriftliche Leistungszusage

(1) Der Versicherer beruft sich auf die fehlende vorherige schriftliche Leistungszusage nicht, wenn

- a) es sich um eine Notfalleinweisung handelt oder
 - b) die Krankenanstalt das einzige Versorgungskrankenhaus in der Umgebung des Aufenthaltsorts des Versicherten war.
- (2) Tritt während des Aufenthalts in der Krankenanstalt abweichend vom bisherigen Behandlungszweck eine akute Erkrankung auf, die eine medizinisch notwendige stationäre Behandlung erfordert, leistet der Versicherer auch ohne vorherige Leistungszusage für die medizinisch notwendige Behandlungsdauer dieser Erkrankung.**

(10) Der Versicherer gibt auf Verlangen des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person Auskunft über und Einsicht in Gutachten oder Stellungnahmen, die der Versicherer bei der Prüfung der Leistungspflicht oder für die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit eingeholt hat. Wenn der Auskunft an oder der Einsicht durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person erhebliche therapeutische Gründe oder sonstige erhebliche Gründe entgegenstehen, kann nur verlangt werden, einem benannten Arzt oder Rechtsanwalt Auskunft oder Einsicht zu geben. Der Anspruch kann nur von der jeweils betroffenen Person oder ihrem gesetzlichen Vertreter geltend gemacht werden. Hat der Versicherungsnehmer das Gutachten oder die Stellungnahme auf Veranlassung des Versicherers eingeholt, erstattet der Versicherer die entstandenen Kosten.

Nr. 13 Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Aus dem Überschuss der Gesellschaft wird nach den gesetzlichen und aufsichtsbehördlichen Vorschriften eine Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gebildet, die nur zugunsten der Versicherten verwendet werden darf.

Als Form der Überschussbeteiligung kommt u. a. in Betracht: Auszahlung oder Gutschrift, Leistungserhöhung, Beitragssenkung, Verwendung als Einmalbeitrag für Leistungserhöhung oder zur Abwendung oder Milderung von Beitragserhöhungen.

Abweichend hiervon darf die Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung gemäß § 140 Absatz 1 VAG (siehe Anhang) in Ausnahmefällen zur Abwendung eines Notstands herangezogen werden.

Der Vorstand bestimmt mit Zustimmung des Treuhänders die Art der Verwendung der Rückstellung für erfolgsabhängige Beitragsrückerstattung, den jeweils zu verwendenden Betrag und den Zeitpunkt der Verwendung.

§ 5 Einschränkung der Leistungspflicht

- (1) Keine Leistungspflicht besteht bei Arbeitsunfähigkeit
- a) wegen solcher Krankheiten einschließlich ihrer Folgen sowie wegen Folgen von Unfällen, die durch Kriegsereignisse verursacht oder als Wehrdienstbeschädigung anerkannt und nicht ausdrücklich in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind;
 - b) wegen auf Vorsatz beruhender Krankheiten und Unfälle einschließlich deren Folgen sowie wegen Entziehungsmaßnahmen einschließlich Entziehungskuren;
 - c) ausschließlich wegen Schwangerschaft während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote, ferner wegen Schwangerschaftsabbruch, Fehlgeburt und Entbindung;

Pflichten des Versicherungsnehmers

§ 8 Beitragszahlung

(1) Der Beitrag ist ein Jahresbeitrag und wird vom Versicherungsbeginn an berechnet. Er ist zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres zu entrichten, kann aber auch in gleichen monatlichen Beitragsraten gezahlt werden, die jeweils bis zur Fälligkeit der Beitragsrate als gestundet gelten. Die Beitragsraten sind am Ersten eines jeden Monats fällig. Wird der Jahresbeitrag während des Versicherungsjahres neu festgesetzt, so ist der Unterschiedsbetrag vom Änderungszeitpunkt an bis zum Beginn des nächsten Versicherungsjahres nachzuzahlen bzw. zurückzuzahlen.

(2) Wird der Vertrag für eine bestimmte Zeit mit der Maßgabe geschlossen, dass sich das Versicherungsverhältnis nach Ablauf dieser be-

d) während der gesetzlichen Beschäftigungsverbote für werdende Mütter und Wöchnerinnen in einem Arbeitsverhältnis (Mutterschutz). Diese befristete Einschränkung der Leistungspflicht gilt sinngemäß auch für selbstständig Tätige, es sei denn, dass die Arbeitsunfähigkeit in keinem Zusammenhang mit den unter c) genannten Ereignissen steht;

e) wenn sich die versicherte Person nicht an ihrem gewöhnlichen Aufenthalt in Deutschland aufhält, es sei denn, dass sie sich - unbeschadet des Absatz 2 - in medizinisch notwendiger stationärer Heilbehandlung befindet (vgl. § 4 Absatz 8 und 9). Wird die versicherte Person in Deutschland außerhalb ihres gewöhnlichen Aufenthalts arbeitsunfähig, so steht ihr das Krankentagegeld auch zu, solange die Erkrankung oder Unfallfolge nach medizinischem Befund eine Rückkehr ausschließt;

f) während Kur- und Sanatoriumsbehandlung sowie während Rehabilitationsmaßnahmen der gesetzlichen Rehabilitationsträger, es sei denn, es handelt sich um sogenannte Anschlussheilbehandlungen (AHB) bei schweren Erkrankungen aus den Bereichen Kardiologie, Orthopädie, Neurologie und Onkologie (Krebserkrankung), die AHB schließt sich an eine stationäre Krankenhausbehandlung an und es ist eine vorherige schriftliche Leistungszusage durch den Versicherer erfolgt.

(2) Während des Aufenthalts in einem Heilbad oder Kurort - auch bei einem Krankenhausaufenthalt - besteht keine Leistungspflicht. Die Einschränkung entfällt, wenn die versicherte Person dort ihren gewöhnlichen Aufenthalt hat oder während eines vorübergehenden Aufenthalts durch eine vom Aufenthaltszweck unabhängige akute Erkrankung oder einen dort eingetretenen Unfall arbeitsunfähig wird, solange dadurch nach medizinischem Befund die Rückkehr ausgeschlossen ist.

§ 6 Auszahlung der Versicherungsleistungen

(1) Der Versicherer ist zur Leistung nur verpflichtet, wenn die von ihm geforderten Nachweise erbracht sind; diese werden Eigentum des Versicherers.

(2) Im Übrigen ergeben sich die Voraussetzungen für die Fälligkeit der Leistungen des Versicherers aus § 14 VVG (siehe Anhang).

(3) Der Versicherer ist verpflichtet, an die versicherte Person zu leisten, wenn der Versicherungsnehmer ihm diese in Textform als Empfangsberechtigte für deren Versicherungsleistungen benannt hat. Liegt keine Benennung nach Satz 1 vor, kann der Versicherungsnehmer die Leistung an sich selbst nur für die versicherte Person verlangen.

(4) Kosten für die Überweisung der Versicherungsleistungen und für Übersetzung können von den Leistungen abgezogen werden.

Nr. 14 Wegfall der Überweisungs- und Übersetzungskosten

Überweisungskosten werden nicht abgezogen, wenn der Versicherungsnehmer ein Inlandskonto benennt, auf das die Beiträge überwiesen werden können. Übersetzungskosten werden nicht erhoben.

(5) Ansprüche auf Versicherungsleistungen können weder abgetreten noch verpfändet werden. Das Abtretungsverbot nach Satz 1 gilt nicht für ab dem 1. Oktober 2021 abgeschlossene Verträge; gesetzliche Abtretungsverbote bleiben unberührt.

§ 7 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet - auch für schwebende Versicherungsfälle - mit der Beendigung des Versicherungsverhältnisses (§ 13 bis § 15).

Endet das Versicherungsverhältnis

- wegen Wegfalls einer der im Tarif bestimmten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Buchstabe a;

- wegen Beendigung der Berufsunfähigkeit-Versicherung im Sinne von § 1 Absatz 2, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Buchstabe b;

- wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit, so bestimmt sich die Leistungspflicht nach § 15 Buchstabe c.

stimmten Zeit stillschweigend um jeweils ein Jahr verlängert, sofern der Versicherungsnehmer nicht fristgemäß gekündigt hat, so kann der Tarif anstelle von Jahresbeiträgen Monatsbeiträge vorsehen. Diese sind am Ersten eines jeden Monats fällig.

Nr. 15 Beitragsnachlass bei nicht monatlicher Beitragszahlung

Der Versicherer erhebt gemäß Absatz 2 Monatsbeiträge. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird ein Beitragsnachlass (Skonto) in Höhe von

1 % bei vierteljährlicher Zahlung

2 % bei halbjährlicher Zahlung

4 % bei Jahreszahlung gewährt.



(3) Der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate ist, sofern nichts anderes vereinbart, unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen.

Nr. 16 Zahlung des Erstbeitrags

Abweichend von Absatz 3 ist der erste Beitrag unverzüglich nach Zugang des Versicherungsscheins zu zahlen, jedoch nicht vor dem Tag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns.

(4) Kommt der Versicherungsnehmer mit der Zahlung einer Beitragsrate in Verzug, so werden die gestundeten Beitragsraten des laufenden Versicherungsjahres fällig. Sie gelten jedoch erneut als gestundet, wenn der rückständige Beitragsteil einschließlich der Beitragsrate für den am Tage der Zahlung laufenden Monat und die Mahnkosten entrichtet sind.

(5) Nicht rechtzeitige Zahlung des Erstbeitrags oder eines Folgebeitrags kann unter den Voraussetzungen der §§ 37 und 38 VVG (siehe Anhang) zum Verlust des Versicherungsschutzes führen. Ist ein Beitrag bzw. eine Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt und wird der Versicherungsnehmer in Textform gemahnt, so ist er zur Zahlung der Mahnkosten verpflichtet, deren Höhe sich aus dem Tarif ergibt.

Nr. 17 Mahnkosten

Für jede Mahnung werden Mahnkosten erhoben.

(6) Wird das Versicherungsverhältnis vor Ablauf der Vertragslaufzeit beendet, steht dem Versicherer für diese Vertragslaufzeit nur derjenige Teil des Beitrags bzw. der Beitragsrate zu, der dem Zeitraum entspricht, in dem der Versicherungsschutz bestanden hat. Wird das Versicherungsverhältnis durch Rücktritt auf Grund des § 19 Absatz 2 VVG (siehe Anhang) oder durch Anfechtung des Versicherers wegen arglistiger Täuschung beendet, steht dem Versicherer der Beitrag bzw. die Beitragsrate bis zum Wirksamwerden der Rücktritts- oder Anfechtungserklärung zu. Tritt der Versicherer zurück, weil der erste Beitrag bzw. die erste Beitragsrate nicht rechtzeitig gezahlt wird, kann er eine angemessene Geschäftsgebühr verlangen.

(7) Die Beiträge sind an die vom Versicherer zu bezeichnende Stelle zu entrichten.

§ 8 a Beitragsberechnung

(1) Die Berechnung der Beiträge erfolgt nach Maßgabe der Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und ist in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegt.

Nr. 18 Ausweis der Beiträge

Die zu zahlenden Beiträge sind im Versicherungsschein ausgewiesen. Die Höhe des Beitrags richtet sich nach dem erreichten Alter bei Eintritt in den Tarif (Eintrittsalter).

(2) Bei einer Änderung der Beiträge, auch durch Änderung des Versicherungsschutzes, wird das Geschlecht und das (die) bei Inkrafttreten der Änderung erreichte tarifliche Lebensalter (Lebensaltersgruppe) der versicherten Person berücksichtigt; dies gilt in Ansehung des Geschlechts nicht für Tarife, deren Beiträge geschlechtsunabhängig erhoben werden. Dabei wird dem Eintrittsalter der versicherten Person dadurch Rechnung getragen, dass eine Alterungsrückstellung gemäß den in den technischen Berechnungsgrundlagen festgelegten Grundsätzen angerechnet wird. Eine Erhöhung der Beiträge oder eine Minderung der Leistungen des Versicherers wegen des Alterwerdens der versicherten Person ist jedoch während der Dauer des Versicherungsverhältnisses ausgeschlossen, soweit eine Alterungsrückstellung zu bilden ist.

Nr. 19 Tarifwechsel

Bei einer Änderung der Beiträge bzw. des Versicherungsschutzes (Tarifwechsel) erfolgt eine, in den technischen Berechnungsgrundlagen des Versicherers festgelegte, Anrechnung der Alterungsrückstellung gemäß § 8a Absatz 2 innerhalb der Tarife der Krankentagegeld-Versicherung. Dabei wird auf den Tarifbeitrag des bei Inkrafttreten der Änderung erreichten Lebensalters ein Umstellungs-rabatt eingeräumt.

(3) Bei Beitragsänderungen kann der Versicherer auch besonders vereinbarte Risikozuschläge entsprechend ändern.

(4) Liegt bei Vertragsänderungen ein erhöhtes Risiko vor, steht dem Versicherer für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes zusätzlich zum Beitrag ein angemessener Zuschlag zu. Dieser bemisst sich nach den für den Geschäftsbetrieb des Versicherers zum Ausgleich erhöhter Risiken maßgeblichen Grundsätzen.

§ 8 b Beitragsanpassung

(1) Im Rahmen der vertraglichen Leistungszusage können sich die Leistungen des Versicherers z. B. wegen häufigerer Arbeitsunfähigkeit der Versicherten, wegen längerer Arbeitsunfähigkeitszeiten oder aufgrund steigender Lebenserwartung ändern. Dementsprechend vergleicht der Versicherer zumindest jährlich für jeden Tarif die erforderlichen mit den in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierten Versicherungsleistungen und Sterbewahrscheinlichkeiten. Ergibt diese Gegenüberstellung für eine Beobachtungseinheit eines Tarifs eine Abweichung von mehr als dem gesetzlich oder tariflich festgelegten Vomhundertsatz, werden alle Beiträge dieser Beobachtungseinheit vom Versicherer über-

prüft und, soweit erforderlich, mit Zustimmung des Treuhänders angepasst. Unter den gleichen Voraussetzungen kann auch ein vereinbarter Risikozuschlag entsprechend geändert werden.

Nr. 20 Tariflicher Vomhundertsatz

Der in Absatz 1 genannte Vomhundertsatz beträgt bei dem Vergleich der Versicherungsleistungen und bei dem Vergleich der Sterbewahrscheinlichkeiten jeweils 5 %.

(2) Beitragsanpassungen sowie Änderungen von evtl. vereinbarten Risikozuschlägen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Benachrichtigung des Versicherungsnehmers folgt.

§ 9 Obliegenheiten

(1) Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer unverzüglich, spätestens aber innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist, durch Vorlage eines Nachweises (§ 4 Absatz 7) anzuzeigen. Bei verspätetem Zugang der Anzeige kann das Krankentagegeld bis zum Zugangstage nach Maßgabe des § 10 gekürzt werden oder ganz entfallen; eine Zahlung vor dem im Tarif vorgesehenen Zeitpunkt erfolgt jedoch nicht. Fortdauernde Arbeitsunfähigkeit ist dem Versicherer innerhalb der im Tarif festgesetzten Frist nachzuweisen. Die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit ist dem Versicherer binnen drei Tagen anzuzeigen.

Nr. 21 Anzeigepflicht nach eingetretener Arbeitsunfähigkeit

Die ärztlich festgestellte Arbeitsunfähigkeit ist bis zum letzten Karenztag durch Vorlage eines Nachweises gemäß § 4 Absatz 7 anzuzeigen. Bei verspäteter Anzeige gilt als erster Leistungstag der Zugangstag der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung.

Bei fortdauernder Arbeitsunfähigkeit ist die ärztliche Bescheinigung alle zwei Wochen zu erneuern. Ein Formblatt kann hierzu angefordert werden. Erfolgt dieser Nachweis nicht fristgerecht, so gilt die Bescheinigung ab dem Zugangstag, wenn zu diesem Zeitpunkt noch Arbeitsunfähigkeit bestand.

(2) Der Versicherungsnehmer und die als empfangsberechtigt benannte versicherte Person (vgl. § 6 Absatz 3) hat auf Verlangen des Versicherers jede Auskunft zu erteilen, die zur Feststellung des Versicherungsfalles oder der Leistungspflicht des Versicherers und ihres Umfangs erforderlich ist. Die geforderten Auskünfte sind auch einem Beauftragten des Versicherers zu erteilen.

(3) Auf Verlangen des Versicherers ist die versicherte Person verpflichtet, sich durch einen vom Versicherer beauftragten Arzt untersuchen zu lassen.

(4) Die versicherte Person hat für die Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit zu sorgen; sie hat insbesondere die Weisungen des Arztes gewissenhaft zu befolgen und alle Handlungen zu unterlassen, die der Genesung hinderlich sind.

(5) Jeder Berufswechsel der versicherten Person ist unverzüglich anzuzeigen.

(6) Der Neuabschluss einer weiteren oder die Erhöhung einer anderweitig bestehenden Versicherung mit Anspruch auf Krankentagegeld darf nur mit Einwilligung des Versicherers vorgenommen werden.

Nr. 22 Wegfall der Anzeigepflicht

In Abweichung von Absatz 6 entfällt bei Neuabschluss oder bei einer Erhöhung einer anderweitig beantragten Unfall-Krankentagegeld-Versicherung die Anzeigepflicht gegenüber dem Versicherer.

§ 10 Folgen von Obliegenheitsverletzungen

(1) Der Versicherer ist mit den in § 28 Absatz 2 bis 4 VVG (siehe Anhang) vorgeschriebenen Einschränkungen ganz oder teilweise von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn eine der in § 9 Absatz 1 bis 6 genannten Obliegenheiten verletzt wird.

(2) Wird eine der in § 9 Absatz 5 und 6 genannten Obliegenheiten verletzt, so kann der Versicherer unter der Voraussetzung des § 28 Absatz 1 VVG (siehe Anhang) innerhalb eines Monats nach dem Bekanntwerden der Obliegenheitsverletzung ohne Einhaltung einer Frist auch kündigen.

(3) Die Kenntnis und das Verschulden der versicherten Person stehen der Kenntnis und dem Verschulden des Versicherungsnehmers gleich.

§ 11 Anzeigepflicht bei Wegfall der Versicherungsfähigkeit

Der Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit einer versicherten Person ist dem Versicherer unverzüglich anzuzeigen. Erlangt der Versicherer von dem Eintritt dieses Ereignisses erst später Kenntnis, so sind beide Teile verpflichtet, die für die Zeit nach Beendigung des Versicherungsverhältnisses empfangenen Leistungen einander zurückzugewähren.

§ 12 Aufrechnung

Der Versicherungsnehmer kann gegen Forderungen des Versicherers nur aufrechnen, soweit die Gegenforderung unbestritten oder rechtskräftig festgestellt ist. Gegen eine Forderung aus der Beitragspflicht kann jedoch ein Mitglied eines Versicherungsvereins nicht aufrechnen.



Ende der Versicherung

§ 13 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

(1) Der Versicherungsnehmer kann das Versicherungsverhältnis zum Ende eines jeden Versicherungsjahres mit einer Frist von drei Monaten kündigen.

(2) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder Tarife beschränkt werden.

(3) Erhöht der Versicherer die Beiträge aufgrund der Beitragsanpassungsklausel oder vermindert er seine Leistungen gemäß § 18 Absatz 1 oder macht er von seinem Recht auf Herabsetzung gemäß § 4 Absatz 4 Gebrauch, so kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person innerhalb von zwei Monaten vom Zugang der Änderungsmitteilung an zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Änderung kündigen. Bei einer Beitragserhöhung kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis auch bis und zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung kündigen.

(4) Der Versicherungsnehmer kann, sofern der Versicherer die Anfechtung, den Rücktritt oder die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang dieser Erklärung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zum Schlusse des Monats verlangen, in dem ihm die Erklärung des Versicherers zugegangen ist, bei Kündigung zu dem Zeitpunkt, in dem diese wirksam wird.

(5) Kündigt der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis insgesamt oder für einzelne versicherte Personen, haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach der Kündigung abzugeben. Die Kündigung ist nur wirksam, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die betroffenen versicherten Personen von der Kündigungserklärung Kenntnis erlangt haben.

Nr. 23 Fristverlängerung

Abweichend von § 13 Absatz 5 ist es ausreichend, wenn die Fortsetzung des Versicherungsverhältnisses dem Versicherer innerhalb von sechs Monaten nach Beendigung der Versicherung mitgeteilt wird; die rückständigen Beiträge sind nachzuentrichten.

§ 14 Kündigung durch den Versicherer

(1) Der Versicherer verzichtet auf das ordentliche Kündigungsrecht.

(2) Die gesetzlichen Bestimmungen über das außerordentliche Kündigungsrecht bleiben unberührt.

(3) Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen, Tarife oder auf nachträgliche Erhöhungen des Krankentagegelds beschränkt werden.

(4) Der Versicherer kann, sofern der Versicherungsnehmer die Kündigung nur für einzelne versicherte Personen oder Tarife erklärt, innerhalb von zwei Wochen nach Zugang der Kündigung die Aufhebung des übrigen Teils der Versicherung zu dem Zeitpunkt verlangen, in dem diese wirksam wird.

Nr. 24 Zeitliche Begrenzung des Rücktrittsrechts

Wegen einer Verletzung der dem Versicherungsnehmer bei der Schließung des Vertrags obliegenden Anzeigepflicht gemäß § 19 I. V. m. den §§ 21 und 194 Absatz 1 Sätze 3 und 4 VVG (siehe Anhang) kann der Versicherer vom Vertrag nicht mehr zurücktreten, wenn seit der Schließung drei Jahre verstrichen sind. Die Frist beläuft sich auf zehn Jahre, wenn die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden ist.

§ 15 Sonstige Beendigungsgründe

Das Versicherungsverhältnis endet hinsichtlich der betroffenen versicherten Personen

a) bei Wegfall einer im Tarif bestimmten Voraussetzung für die Versicherungsfähigkeit im Sinne von § 1 Nr. 1 (Aufgabe einer Erwerbstätigkeit oder Beendigung der Mitgliedschaft in der GKV) zum Ende des Monats, in dem die Voraussetzung weggefallen ist. Besteht jedoch zu diesem Zeitpunkt in einem bereits eingetretenen Versicherungsfall Arbeitsunfähigkeit, so endet das Versicherungsverhältnis nicht vor dem Zeitpunkt, bis zu dem der Versicherer seine im Tarif aufgeführten Leistungen für diese Arbeitsunfähigkeit zu erbringen hat, spätestens aber drei Monate nach Wegfall der Voraussetzung;

b) bei Beendigung der in Verbindung mit Tarif TG6 abgeschlossenen Berufsunfähigkeits-Versicherung bei der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet in diesem Fall für bereits eingetretene Versicherungsfälle auch die Leistungspflicht aus Tarif TG6;

c) mit Eintritt der Berufsunfähigkeit. Berufsunfähigkeit liegt für den Zeitraum vor, für den die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw.

die NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG das Vorliegen der Berufsunfähigkeit nach deren Bedingungswerk anerkannt hat. Mit Beendigung des Versicherungsverhältnisses endet in diesem Fall für bereits eingetretene Versicherungsfälle auch die Leistungspflicht aus Tarif TG6;

Nr. 25 Rückwirkende Feststellung der Berufsunfähigkeit

Hat die versicherte Person Leistungen nach Tarif TG6 für einen Zeitraum erhalten, für den auch Leistungen aus der Berufsunfähigkeits-Versicherung der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG wegen rückwirkender Feststellung der Berufsunfähigkeit ausbezahlt werden, so hat die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG das Recht, die für diesen Zeitraum gezahlten Krankentagegelder zurückzufordern.

Nr. 26 Wechsel der beruflichen Tätigkeit

(1) *Bei Wechsel der beruflichen Tätigkeit kann der Versicherungsnehmer die Fortsetzung der Versicherung verlangen, sofern die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit erfüllt sind und die Versicherung nicht aus einem anderen bedingungsmäßigen Grund erlischt. Für eventuelle Mehrleistungen infolge Verkürzung der Karenzzeit oder Erhöhung des Tagessatzes können besondere Vereinbarungen getroffen werden.*

(2) *Wird die versicherte Person nach Eintritt des Versicherungsfalles arbeitslos, ohne Anspruch auf Leistungen wegen Arbeitslosigkeit zu haben, so verlängert sich die in § 15 Buchstabe a genannte Drei-Monatsfrist auf neun Monate. § 15 Buchstabe c bleibt unberührt.*

Nr. 27 Fortführung des Versicherungsverhältnisses im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung

Wird das Versicherungsverhältnis wegen Aufgabe einer Erwerbstätigkeit, wegen Beendigung der Mitgliedschaft in der GKV, wegen Eintritts der Berufsunfähigkeit oder wegen Bezugs einer Berufsunfähigkeits-Rente beendet, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis für die Dauer des Wegfalls der Voraussetzung, die Dauer der Berufsunfähigkeit oder die Dauer des Bezugs von Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsunfähigkeits-Rente hinsichtlich der betroffenen versicherten Person im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortsetzen.

Der Antrag auf diese Umwandlung des Versicherungsverhältnisses ist innerhalb von zwei Monaten seit Wegfall der Voraussetzung, seit Eintritt der Berufsunfähigkeit oder seit Bezug einer Berufsunfähigkeits-Rente, bei späterem Bekanntwerden des Ereignisses gerechnet ab diesem Zeitpunkt, zu stellen.

d) mit dem Bezug von Altersrente, spätestens, sofern tariflich vereinbart, mit Vollendung des 65. Lebensjahres. Sofern eine Beendigung mit Vollendung des 65. Lebensjahres vereinbart ist, hat die versicherte Person das Recht, nach Maßgabe von § 196 VVG (siehe Anhang) den Abschluss einer neuen Krankentagegeld-Versicherung zu verlangen;

Nr. 28 Befristung des Versicherungsverhältnisses

Das Versicherungsverhältnis endet grundsätzlich mit Vollendung des 67. Lebensjahres. Wird jedoch nachgewiesen, dass die in § 1 Nr. 1 genannten Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit weiterhin erfüllt sind und der Versicherungsnehmer keine Altersrente bezieht, so wird das Versicherungsverhältnis fortgeführt.

e) mit dem Tod. Beim Tode des Versicherungsnehmers haben die versicherten Personen das Recht, das Versicherungsverhältnis unter Benennung des künftigen Versicherungsnehmers fortzusetzen. Die Erklärung ist innerhalb zweier Monate nach dem Tode des Versicherungsnehmers abzugeben;

Nr. 29 Ehescheidung

Ein getrennt lebender Ehegatte oder rechtskräftig Geschiedener kann seinen Vertragsteil als selbstständige Versicherung fortsetzen. Die Voraussetzungen für die Versicherungsfähigkeit müssen erfüllt sein. Entsprechendes gilt für den getrennt lebenden eingetragenen Lebenspartner oder bei Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft.

f) bei Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 9 genannten, es sei denn, dass das Versicherungsverhältnis aufgrund einer anderweitigen Vereinbarung fortgesetzt wird.

Nr. 30 Fortführung des Versicherungsverhältnisses bei einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland

Bei einer vorübergehenden Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts in einen anderen Staat als die in § 1 Absatz 9 genannten kann der Versicherungsnehmer verlangen, dass das Versicherungsverhältnis zu entsprechend herabgesetzten Beiträgen im Rahmen einer Anwartschaftsversicherung fortgeführt wird. Dieses Anrecht auf eine solche Fortführung ist vom Versicherungsnehmer innerhalb von zwei Monaten nach der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts beim Versicherer in Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail) geltend zu



machen. Die Fortführung erfolgt dann rückwirkend zum Zeitpunkt der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthalts. Bei späterer Geltend-

machung erfolgt die Fortführung ab Beginn der Geltendmachung folgenden Monats.

Sonstige Bestimmungen

§ 16 Willenserklärungen und Anzeigen

Willenserklärungen und Anzeigen gegenüber dem Versicherer bedürfen der Textform (z. B. Brief, Fax oder E-Mail).

§ 17 Gerichtsstand

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsverhältnis gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder in Ermangelung eines solchen seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat.

(2) Klagen gegen den Versicherer können bei dem Gericht am Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers oder bei dem Gericht am Sitz des Versicherers anhängig gemacht werden.

(3) Verlegt der Versicherungsnehmer nach Vertragsabschluss seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt in einen Staat, der nicht Mitgliedsstaat der Europäischen Union oder Vertragsstaat des Abkommens über dem Europäischen Wirtschaftsraum ist oder ist sein Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, ist das Gericht am Sitz des Versicherers zuständig.

§ 18 Änderungen der Allgemeinen Versicherungsbedingungen

(1) Bei einer nicht nur als vorübergehend anzusehenden Veränderung der Verhältnisse des Gesundheitswesens können die Allgemeinen Versicherungsbedingungen und die Tarifbestimmungen den veränderten Verhältnissen angepasst werden, wenn die Änderungen zur hinreichenden Wahrung der Belange der Versicherungsnehmer erforderlich erscheinen und ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen für die Änderungen überprüft und ihre Angemessenheit bestätigt hat. Die Änderungen werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Änderungen und der hierfür maßgeblichen Gründe an den Versicherungsnehmer folgt.

(2) Ist eine Bestimmung in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, kann sie der Versicherer durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Sie wird zwei Wochen, nachdem die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 19 Abstimmung bei der Vertrags- und Leistungsbearbeitung

Nr. 31 Abstimmung zwischen der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG und der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG

(1) Gemäß § 1 Nr. 1 ist die Versicherung nach Tarif TG6 an das Bestehen einer Berufsunfähigkeits-Versicherung bei der NÜRNBER-

GER Lebensversicherung AG oder der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG gebunden. Damit kann bei Übergang von Arbeitsunfähigkeit zu Berufsunfähigkeit der direkte Anschluss der Berufsunfähigkeits-Rente an die Krankentagegeldzahlungen gewährleistet werden. Zur Erfüllung dieser Verpflichtung ist eine aufeinander abgestimmte Vertrags- und Leistungsbearbeitung der Versicherer gemäß der Absätze 2 bis 7 erforderlich.

(2) Im Falle einer voraussichtlich länger als sechs Monate andauernden Arbeitsunfähigkeit, werden die im Rahmen der Krankentagegeldbearbeitung benötigten personenbezogenen Daten von der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG an die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. die NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG weitergegeben. Dadurch kann zeitnah über einen Rentenanspruch aus dem Berufsunfähigkeitsvertrag entschieden werden.

(3) Sofern die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. die NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeits-Rente feststellt, übermittelt die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG Höhe und Zeitraum der geleisteten Krankentagegeldzahlungen an die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. die NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG.

(4) Die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. die NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG übermittelt im Leistungsfall die im Rahmen der Leistungsregulierung ermittelten Daten, insbesondere Gesundheitsdaten und Informationen über den Eintritt und Verlauf der Berufsunfähigkeit bei Bedarf an die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG und informiert gegebenenfalls über die Beendigung der Leistungszahlung. Dadurch ist eine einheitliche Begutachtung der vorliegenden Sachverhalte gewährleistet.

(5) Im Falle einer Vertragsbeendigung oder sonstigen Vertragsänderung der Berufsunfähigkeits-Versicherung bzw. der Krankentagegeld-Versicherung informiert die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG und umgekehrt.

(6) Nachmeldungen zu Gesundheitsangaben im Versicherungsantrag werden zwischen der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG und der NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. der NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG übermittelt. Eine Meldung seitens des Versicherungsnehmers an beide beteiligten Versicherer ist damit nicht notwendig.

(7) Bei Bedarf werden Informationen, die im Rahmen der Prüfung der vorvertraglichen Anzeigepflicht erworben wurden, von der NÜRNBERGER Krankenversicherung AG an die NÜRNBERGER Lebensversicherung AG bzw. die NÜRNBERGER Beamten Lebensversicherung AG übermittelt und umgekehrt.

§ 20 Sonstiges

Ein Auszug aus dem Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG), der insbesondere die in den AVB erwähnten Bestimmungen enthält, ist dem Bedingungstext als Anhang beigelegt.

Hinweis auf die Verbraucherschlichtungsstelle Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung

Versicherungsnehmer, die mit Entscheidungen des Versicherers nicht zufrieden sind, oder deren Verhandlungen mit dem Versicherer nicht zu dem gewünschten Ergebnis geführt haben, können sich an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung wenden.

Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung
Postfach 06 02 22
10052 Berlin
Internet: www.pkv-ombudsmann.de

Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Der Versicherer hat sich verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

Verbraucher, die ihren Vertrag online (z. B. über eine Webseite) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung weitergeleitet.

Hinweis: Der Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.



Hinweis auf die Versicherungsaufsicht

Sind Versicherungsnehmer mit der Betreuung durch den Versicherer nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können sie sich auch an die für den Versicherer zuständige Aufsichtsbehörde wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegt der Versicherer der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

Hinweis auf den Rechtsweg

Unabhängig von der Möglichkeit, sich an die Verbraucherschlichtungsstelle oder die Versicherungsaufsicht zu wenden, steht dem Versicherungsnehmer der Rechtsweg offen.



ANHANG

Information für den Versicherungsnehmer

Soweit nicht in den AVB Abweichendes bestimmt ist, gelten die gesetzlichen Vorschriften, insbesondere das Versicherungsvertragsgesetz (VVG), das Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) und das Lebenspartnerschaftsgesetz in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung (LPartG). Die für den Versicherungsnehmer wichtigsten Bestimmungen sind in diesem Anhang abgedruckt.

Gesetz über den Versicherungsvertrag (VVG)

§ 14 Fälligkeit der Geldleistung

(1) Geldleistungen des Versicherers sind fällig mit der Beendigung der zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendigen Erhebungen.

(2) Sind diese Erhebungen nicht bis zum Ablauf eines Monats seit der Anzeige des Versicherungsfalles beendet, kann der Versicherungsnehmer Abschlagszahlung in Höhe des Betrages verlangen, den der Versicherer voraussichtlich mindestens zu zahlen hat. Der Lauf der Frist ist gehemmt, solange die Erhebungen infolge eines Verschuldens des Versicherungsnehmers nicht beendet werden können.

(3) Eine Vereinbarung, durch die der Versicherer von der Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen befreit wird, ist unwirksam.

§ 19 Anzeigepflicht

(1) Der Versicherungsnehmer hat bis zur Abgabe seiner Vertragserklärung die ihm bekannten Gefahrumstände, die für den Entschluss des Versicherers, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind und nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, dem Versicherer anzuzeigen. Stellt der Versicherer nach der Vertragserklärung des Versicherungsnehmers, aber vor Vertragsannahme Fragen im Sinn des Satzes 1, ist der Versicherungsnehmer auch insoweit zur Anzeige verpflichtet.

(2) Verletzt der Versicherungsnehmer seine Anzeigepflicht nach Absatz 1, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten.

(3) Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt hat. In diesem Fall hat der Versicherer das Recht, den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu kündigen.

(4) Das Rücktrittsrecht des Versicherers wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und sein Kündigungsrecht nach Absatz 3 Satz 2 sind ausgeschlossen, wenn er den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen geschlossen hätte. Die anderen Bedingungen werden auf Verlangen des Versicherers rückwirkend, bei einer vom Versicherungsnehmer nicht zu vertretenden Pflichtverletzung ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

(5) Dem Versicherer stehen die Rechte nach den Absätzen 2 bis 4 nur zu, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat. Die Rechte sind ausgeschlossen, wenn der Versicherer den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

(6) Erhöht sich im Fall des Absatzes 4 Satz 2 durch eine Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 Prozent oder schließt der Versicherer die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung des Versicherers ohne Einhaltung einer Frist kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf dieses Recht hinzuweisen.

§ 21 Ausübung der Rechte des Versicherers

(1) Der Versicherer muss die ihm nach § 19 Absatz 2 bis 4 zustehenden Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihm geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Der Versicherer hat bei der Ausübung seiner Rechte die Umstände anzugeben, auf die er seine Erklärung stützt; er darf nachträglich weitere Umstände zur Begründung seiner Erklärung angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(2) Im Fall eines Rücktrittes nach § 19 Absatz 2 nach Eintritt des Versicherungsfalles ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht arglistig verletzt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Die Rechte des Versicherers nach § 19 Absatz 2 bis 4 erlöschen nach Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beläuft sich die Frist auf zehn Jahre.

§ 28 Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit

(1) Bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit, die vom Versicherungsnehmer vor Eintritt des Versicherungsfalles gegenüber dem Versicherer zu erfüllen ist, kann der Versicherer den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem er von der Verletzung Kenntnis erlangt hat, ohne Einhaltung einer Frist kündigen, es sei denn, die Verletzung beruht nicht auf Vorsatz oder auf grobe Fahrlässigkeit.

(2) Bestimmt der Vertrag, dass der Versicherer bei Verletzung einer vom Versicherungsnehmer zu erfüllenden vertraglichen Obliegenheit nicht zur Leistung verpflichtet ist, ist er leistungsfrei, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit vorsätzlich verletzt hat. Im Fall einer grob fahrlässigen Verletzung der Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, seine Leistung in einem der Schwere des Verschuldens des Versicherungsnehmers entsprechenden Verhältnis zu kürzen; die Beweislast für das Nichtvorliegen einer groben Fahrlässigkeit trägt der Versicherungsnehmer.

(3) Abweichend vom Absatz 2 ist der Versicherer zur Leistung verpflichtet, soweit die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht des Versicherers ursächlich ist. Satz 1 gilt nicht, wenn der Versicherungsnehmer die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

(4) Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit des Versicherers nach Absatz 2 hat bei Verletzung einer nach Eintritt des Versicherungsfalles bestehenden Auskunfts- oder Aufklärungsobliegenheit zur Voraussetzung, dass der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Rechtsfolge hingewiesen hat.

(5) Eine Vereinbarung, nach welcher der Versicherer bei Verletzung einer vertraglichen Obliegenheit zum Rücktritt berechtigt ist, ist unwirksam.

§ 37 Zahlungsverzug bei Erstbeitrag

(1) Wird der einmalige oder der erste Beitrag nicht rechtzeitig gezahlt, ist der Versicherer, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

(2) Ist der einmalige oder der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten. Der Versicherer ist nur leistungsfrei, wenn er den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrages aufmerksam gemacht hat.

§ 38 Zahlungsverzug bei Folgebeitrag

(1) Wird ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig gezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen, die mindestens 2 Wochen betragen muss. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie die rückständigen Beträge des Beitrages, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffert und die Rechtsfolgen angibt, die nach den Absätzen 2 und 3 mit dem Fristablauf verbunden sind; bei zusammengefassten Verträgen sind die Beträge jeweils getrennt anzugeben.

(2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und ist der Versicherungsnehmer bei Eintritt mit der Zahlung des Beitrags oder Zinsen oder Kosten in Verzug, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Versicherer kann nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern der Versicherungsnehmer mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug ist. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn der Versicherungsnehmer zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung in Verzug ist; hierauf ist der Versicherungsnehmer bei der Kündigung ausdrücklich hinzuweisen. Die Kündigung wird unwirksam, wenn der Versicherungsnehmer innerhalb eines Monats nach der Kündigung oder, wenn sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf die Zahlung leistet; Absatz 2 bleibt unberührt.

§ 194 Anzuwendende Vorschriften, Absatz 1

(1) Soweit der Versicherungsschutz nach den Grundsätzen der Schadensversicherung gewährt wird, sind die §§ 74 bis 80 und 82 bis 87 anzuwenden. Die §§ 23 bis 27 und 29 sind auf die Krankenversicherung nicht



anzuwenden. § 19 Absatz 4 ist auf die Krankenversicherung nicht anzuwenden, wenn der Versicherungsnehmer die Verletzung der Anzeigepflicht nicht zu vertreten hat. Abweichend von § 21 Absatz 3 Satz 1 beläuft sich die Frist für die Geltendmachung der Rechte des Versicherers auf drei Jahre.

§ 196 Befristung der Krankentagegeld-Versicherung

(1) Bei der Krankentagegeld-Versicherung kann vereinbart werden, dass die Versicherung mit Vollendung des 65. Lebensjahres der versicherten Person endet. Der Versicherungsnehmer kann in diesem Fall vom Versicherer verlangen, dass dieser den Antrag auf Abschluss einer mit Vollendung des 65. Lebensjahres beginnenden neuen Krankentagegeld-Versicherung annimmt, die spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres endet. Auf dieses Recht hat der Versicherer ihn frühestens sechs Monate vor dem Ende der Versicherung unter Beifügung des Wortlauts dieser Vorschrift in Textform hinzuweisen. Wird der Antrag bis zum Ablauf von zwei Monaten nach Vollendung des 65. Lebensjahres

gestellt, hat der Versicherer den Versicherungsschutz ohne Risikoprüfung oder Wartezeiten zu gewähren, soweit der Versicherungsschutz nicht höher oder umfassender ist als im bisherigen Tarif.

(2) Hat der Versicherer den Versicherungsnehmer nicht nach Absatz 1 Satz 3 auf das Ende der Versicherung hingewiesen und wird der Antrag vor Vollendung des 66. Lebensjahres gestellt, gilt Absatz 1 Satz 4 entsprechend, wobei die Versicherung mit Zugang des Antrags beim Versicherer beginnt. Ist der Versicherungsfall schon vor Zugang des Antrags eingetreten, ist der Versicherer nicht zur Leistung verpflichtet.

(3) Absatz 1 Satz 2 und 4 gilt entsprechend, wenn in unmittelbarem Anschluss an eine Versicherung nach Absatz 1 Satz 4 oder Absatz 2 Satz 1 eine neue Krankentagegeld-Versicherung beantragt wird, die spätestens mit Vollendung des 75. Lebensjahres endet.

(4) Die Vertragsparteien können ein späteres Lebensjahr als in den vorstehenden Absätzen festgelegt vereinbaren.

Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (VAG)

§ 140 Rückstellung für Beitragsrückerstattung, Absatz 1

(1) Die der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zugewiesenen Beträge dürfen nur für die Überschussbeteiligung der Versicherten einschließlich der durch § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes vorgeschriebenen Beteiligung an den Bewertungsreserven verwendet werden. In Ausnahmefällen kann die Rückstellung für Beitragsrückerstattung, soweit sie nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde im Interesse der Versicherten herangezogen werden, um

1. einen drohenden Notstand abzuwenden,
2. unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder

3. die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Bei Maßnahmen nach Satz 2 Nummer 2 oder Nummer 3 sind die Versichertenbestände verursachungsorientiert zu belasten.

Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) in der bis 22.12.2018 geltenden Fassung

§ 1 Form und Voraussetzungen

(1) Zwei Personen gleichen Geschlechts, die gegenüber dem Standesbeamten persönlich und bei gleichzeitiger Anwesenheit erklären, miteinander eine Partnerschaft auf Lebenszeit führen zu wollen (Lebenspartnerinnen oder Lebenspartner), begründen eine Lebenspartnerschaft. Die Erklärungen können nicht unter einer Bedingung oder Zeitbestimmung abgegeben werden.

(2) Der Standesbeamte soll die Lebenspartner einzeln befragen, ob sie eine Lebenspartnerschaft begründen wollen. Wenn die Lebenspartner diese Frage bejahen, soll der Standesbeamte erklären, dass die Lebenspartnerschaft nunmehr begründet ist. Die Begründung der Lebenspartnerschaft kann in Gegenwart von bis zu zwei Zeugen erfolgen.

(3) Eine Lebenspartnerschaft kann nicht wirksam begründet werden

1. mit einer Person, die minderjährig oder verheiratet ist oder bereits mit einer anderen Person eine Lebenspartnerschaft führt;
2. zwischen Personen, die in gerader Linie miteinander verwandt sind;
3. zwischen vollbürtigen und halbbürtigen Geschwistern;
4. wenn die Lebenspartner bei der Begründung der Lebenspartnerschaft darüber einig sind, keine Verpflichtungen gemäß § 2 begründen zu wollen.

(4) Aus dem Versprechen, eine Lebenspartnerschaft zu begründen, kann nicht auf Begründung der Lebenspartnerschaft geklagt werden. § 1297 Abs. 2 und die §§ 1298 bis 1302 des Bürgerlichen Gesetzbuchs gelten entsprechend.