

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Gothaer VermögensPlan Premium

Inhaltsverzeichnis

Umfang und Leistung der Versicherung.....	1
§ 1 Versicherungsschutz.....	1
§ 2 Unsere Leistungen im Überblick.....	1
§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen.....	1
§ 4 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen.....	2
§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes.....	2
Beiträge.....	3
§ 6 Beitragszahlung - Zuzahlungen.....	3
Überschussbeteiligung.....	3
§ 7 Überschussbeteiligung.....	3
Kosten und Gebühren.....	5
§ 8 Abschluss- und Vertriebskosten.....	5
§ 9 Gebühren.....	5
Kündigung und Teilauszahlung.....	6
§ 10 Rückkaufswert - Kündigung - Teilauszahlung.....	6
Anzeigepflichten.....	7
§ 11 Nachweise im Leistungsfall.....	7
Sonstige Regelungen.....	8
§ 12 Leistungsempfänger.....	8
§ 13 Bezugsberechtigung.....	8
§ 14 Abtretung - Verpfändung.....	8
§ 15 Mitteilungen - Umzug / Steuerpflicht im Ausland.....	8
§ 16 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung.....	8
Anhang I: Beschreibung der versicherten schweren Krankheiten.....	10
Anhang II: Definition der Pflegebedürftigkeit.....	14
Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar).....	15

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den Gothaer VermögensPlan Premium

Gothaer VermögensPlan Premium ist eine lebenslange Kapitalversicherung. Das bedeutet, der Vertrag endet erst dann, wenn die versicherte Person verstorben ist.

Beachten Sie bitte auch: In diesen Versicherungsbedingungen beschreiben wir Ihnen unsere Leistungen und wie diese geregelt sind. Ihr Vertrag muss nicht alle Leistungen umfassen. Welche Leistungen Sie mit uns vereinbart haben, finden Sie in Ihrem Versicherungsschein. In diesen Bedingungen geht es auch um Pflegebedürftigkeit und um den Eintritt einer schweren Erkrankung. Dabei sind diese Begriffe immer so zu verstehen, wie wir sie in diesen Bedingungen definieren. Mehr dazu finden Sie in den Anhängen I und II. Einige wichtige Fachbegriffe haben wir **»kursiv«** hervorgehoben. Weil diese nicht immer leicht zu verstehen sind, finden Sie in Anhang III eine "Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)".

Noch ein Hinweis für Sie: Wir unterscheiden die **versicherte Person** und den **Versicherungsnehmer** voneinander: Sie sind Versicherungsnehmer, wenn Sie den Vertrag abgeschlossen haben. Wenn Sie sich selbst versichert haben, sind Sie gleichzeitig auch die versicherte Person. Sie können auch eine andere Person versichert haben. Dann sind Sie Versicherungsnehmer und die Person, für die Sie diesen Vertrag abgeschlossen haben, ist die versicherte Person. Sie können auch gemeinschaftlich mit der versicherten Person einen Vertrag abschließen. Dann sind Sie erster Versicherungsnehmer und die versicherte Person ist zweiter Versicherungsnehmer.

Umfang und Leistung der Versicherung

§ 1 Versicherungsschutz

Bei Abschluss des Vertrags ist eine Leistung im Todesfall versichert. Die Höhe der Leistung hängt von der **»Versicherungsperiode«** sowie den Einzahlungen in den Vertrag (Einmalbeitrag und Zuzahlungen gemäß § 6) ab. Außerdem sind vorzeitige Entnahmen von Kapital in bestimmten Grenzen möglich (vgl. § 10), die ebenfalls die Höhe der Leistung im Todesfall beeinflussen. Wir haben für Sie die Leistungen in der **»Garantiewerttabelle«** des Versicherungsscheins zusammengestellt. Die Leistung im Todesfall ist immer mindestens so hoch wie der gezahlte Einmalbeitrag, zuzüglich geleisteter Zuzahlungen und abzüglich ausgezahlter Teilauszahlungen. Der Vertrag endet

- wenn die versicherte Person stirbt oder
- bei Ausübung der Option auf Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person.

§ 2 Unsere Leistungen im Überblick

- Leistung im Todesfall
- Option auf Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit

§ 3 Unsere Leistungen im Einzelnen

I. Leistung im Todesfall

- (1) Bei Tod der versicherten Person zahlen wir die für die **»Versicherungsperiode«** vereinbarte Todesfallleistung. Mit der Auszahlung endet Ihr Vertrag.
- (2) Die in den einzelnen **»Versicherungsperioden«** garantierte Todesfallsumme entnehmen Sie bitte Ihrem Versicherungsschein. Die Leistung im Todesfall ist immer mindestens so hoch wie der gezahlte Einmalbeitrag, zuzüglich geleisteter Zuzahlungen und abzüglich ausgezahlter Teilauszahlungen.

II. Option auf Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit

Bei

- Herzinfarkt,
- Multipler Sklerose,
- Schlaganfall,
- chronischem Nierenversagen,
- Krebs,
- Blindheit,
- Hörverlust,

- Lähmung,
- tödlicher Krankheit mit diagnostizierter Restlebenserwartung von maximal 12 Monaten
- sowie bei Pflegebedürftigkeit

der versicherten Person können Sie die Auszahlung des **»Rückkaufswertes«** gemäß § 10 verlangen. Auf den dort definierten Abzug bei Kündigung des Vertrags verzichten wir. Mit der Auszahlung endet Ihr Vertrag.

Diese Option ist nur dann Vertragsbestandteil, sofern Sie sich als alleiniger Versicherungsnehmer selbst versichert haben.

Die genauen Definitionen dieser Erkrankungen und der Pflegebedürftigkeit entnehmen Sie bitte den Anhängen I und II.

§ 4 Leistungsausschlüsse - Leistungsbeschränkungen

Wir leisten in der Regel unabhängig davon, wie es zum **»Leistungsfall«** gekommen ist. Im Folgenden finden Sie Ausnahmen davon.

- (1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person innerhalb von zwei Jahren nach Beginn des Vertrags besteht kein Versicherungsschutz. In diesem Fall zahlen wir nur den **»Rückkaufswert«**. Diesen berechnen wir für den Zeitpunkt, an dem wir die Mitteilung über den Todesfall erhalten haben. Davon besteht diese Ausnahme: Wir leisten, wenn die versicherte Person die Tat in einem Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat. Ein Beispiel: Die versicherte Person konnte bei der Tat ihre Handlungen nicht mehr bewusst steuern, etwa durch eine schwere Geisteskrankheit. Diese schwere Geisteskrankheit muss durch entsprechende ärztliche Befunde nachgewiesen werden.
- (2) Auch in den folgenden Fällen ist unsere Leistung auf den **»Rückkaufswert«** begrenzt. Diesen **»Rückkaufswert«** berechnen wir für den Zeitpunkt, an dem wir die Mitteilung über den Todesfall erhalten haben:
 - Tod der versicherten Person durch innere Unruhen, bei denen die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Innere Unruhen sind beispielsweise gewalttätige Demonstrationen oder bürgerkriegsähnliche Auseinandersetzungen.
 - Tod der versicherten Person durch kriegerische Ereignisse. Ausnahme: Die versicherte Person verstirbt in Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland, an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- (3) Auch in den folgenden Fällen ist unsere Leistung auf den **»Rückkaufswert«** begrenzt. Diesen **»Rückkaufswert«** berechnen wir für den Zeitpunkt, an dem wir die Mitteilung über den Todesfall erhalten haben:
 - Tod der versicherten Person durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen.
 - Tod der versicherten Person durch den vorsätzlichen Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Diese Begrenzung der Leistung auf den **»Rückkaufswert«** gilt nur in diesen Fällen:

- Der Einsatz oder das Freisetzen sind darauf gerichtet, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.
- Außerdem muss dieses Ereignis dazu führen, dass insgesamt ein unvorhersehbar hoher Bedarf an Versicherungsleistungen entsteht. Diese nicht vorhersehbare Veränderung zu den **»Berechnungsgrundlagen«** führt dazu, dass wir voraussichtlich nicht mehr alle zugesagten Leistungen erbringen können. Ein unabhängiger Treuhänder muss bestätigen, dass ein solcher Fall vorliegt.

§ 5 Beginn des Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten haben. Er beginnt aber nicht vor Mittag des Tages, der in dem Versicherungsschein als Beginn der Versicherung angegeben ist.

Beiträge

§ 6

Beitragszahlung - Zuzahlungen

Den Beitrag zu Ihrer Versicherung entrichten Sie in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag). Die »**Versicherungsperiode**« umfasst ein Jahr.

I. Einmalbeitrag

- (1) Wenn Sie den Versicherungsschein erhalten haben, zahlen Sie bitte Ihren Einmalbeitrag innerhalb von zwei Wochen. Haben wir in dem Versicherungsschein einen späteren Termin für die Zahlung vereinbart? Dann zahlen Sie bitte den Einmalbeitrag innerhalb von zwei Wochen nach diesem Termin. Ein wichtiger Hinweis: Sie haben von Anfang an keinen Versicherungsschutz, wenn Sie diese Fristen aus eigener Schuld versäumen.
- (2) Außerdem dürfen wir in diesem Fall vom Vertrag zurücktreten. Ausnahme: Sie weisen uns nach, dass Sie an der unpünktlichen Zahlung nicht schuld sind.
- (3) Wir empfehlen Ihnen: Nehmen Sie am Lastschriftverfahren teil, um den Versicherungsschutz nicht zu gefährden. Dies ist für Sie kostenlos.

II. Zuzahlungen

- (1) Sie haben das Recht, bis zum Erreichen des 80. Lebensjahres Zuzahlungen vorzunehmen. Eine Zuzahlung kann zu jedem Monatsersten erfolgen. Informieren Sie uns bitte schriftlich vorab über die Höhe und den Termin der Zuzahlung.
 - Die Zuzahlung muss mindestens 2.500 EUR betragen.
 - Eine einzelne Zuzahlung darf ein Drittel des Einmalbeitrages, maximal 20.000 EUR betragen. Die Summe aller Zuzahlungen darf insgesamt 250 % des Einmalbeitrages und die Summe aus Zuzahlungen und Einmalbeitrag 1.000.000 EUR nicht übersteigen.
- (2) Jede Zuzahlung erhöht die versicherten Leistungen. Die Höhe der zusätzlichen Versicherungsleistung wird aus den zum Erhöhungszeitpunkt aktuellen Rechnungsgrundlagen, welche insbesondere die Entwicklung der Lebenserwartung und die Rendite der Kapitalanlagen berücksichtigen, ermittelt. Die Rechnungsgrundlagen werden jeweils zum Erhöhungszeitpunkt unter Beachtung dann aktueller aufsichtsrechtlicher und sonstiger Bestimmungen für eine Prämienkalkulation festgelegt.

Überschussbeteiligung

§ 7

Überschussbeteiligung

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer nach § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (»**VVG**«) an den »**Überschüssen**« und »**Bewertungsreserven**« (»**Überschussbeteiligung**«).

I. Überschussermittlung

- (1) Die »**Überschüsse**« stellen wir jährlich bei unserem Jahresabschluss fest. Wir berücksichtigen bei der Ermittlung die Vorschriften des Handelsgesetzbuches (»**HGB**«) und des Versicherungsaufsichtsgesetzes (»**VAG**«) sowie die dazu erlassenen Rechtsverordnungen. Ein unabhängiger Wirtschaftsprüfer prüft den Jahresabschluss.
- (2) Die Höhe der künftigen »**Überschussbeteiligung**« hängt davon ab
 - wie sich der Kapitalmarkt und die dort erzielten Kapitalerträge entwickeln,
 - wie oft und in welcher Höhe wir Leistungen erbringen und
 - welche »**Kosten**« künftig anfallen.

Wir können nicht voraussehen, wie sich die »**Überschussbeteiligung**« entwickelt. Wir können daher auch nicht sagen, wie hoch die »**Überschüsse**« künftig sein werden. Das bedeutet: Wir können die Höhe der »**Überschüsse**« nicht garantieren.

- (3) Verschiedene Arten von Versicherungen tragen unterschiedlich zum »**Überschuss**« bei. Deshalb ha-

ben wir ähnliche Versicherungen in Bestandsgruppen zusammengefasst. Wir verteilen die **»Überschüsse«** auf die einzelnen Bestandsgruppen nach dem Umfang, in dem sie zur Entstehung des **»Überschusses«** beigetragen haben. Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe der Kapitalversicherungen.

- (4) Der ermittelte **»Überschuss«** wird, soweit er Ihnen nicht bereits direkt gutgeschrieben wird, in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellt. Diese Rückstellung dient dazu, schwankende Erträge im Zeitablauf zu glätten. Bitte beachten Sie dabei: Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen grundsätzlich nur für die **»Überschussbeteiligung«** der Versicherungsnehmer verwendet werden. Mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde darf die RfB in Ausnahmefällen gemäß § 56b VAG zur Erhöhung der **»Deckungsrückstellung«** herangezogen werden, wenn
- ein unvorhergesehener Notstand droht,
 - unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen ausgeglichen werden müssen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind oder
 - die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.
- (5) Die Höhe der Mittel, die wir mindestens der RfB zuführen ist gesetzlich geregelt. Wir berücksichtigen dabei die Vorschriften des § 81c VAG und die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung). Entsprechend der aktuell gültigen Verordnung werden die Versicherungsnehmer zu mindestens
- 90 % an den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind,
 - 90 % am Risikoergebnis und
 - 50 % am übrigen Ergebnis (einschließlich Kostenergebnis)

beteiligt.

II. Zuteilung von Überschüssen

- (1) Unser Vorstand legt auf Vorschlag des **»Verantwortlichen Aktuars«** die **»Überschüsse«** für die einzelnen Verträge für jedes Kalenderjahr fest. Wir veröffentlichen die Höhe der **»Überschüsse«** im Geschäftsbericht (**»Überschussdeklaration«**). Das ist gesetzlich so geregelt.
- (2) Sie erhalten jährlich **»Überschüsse«**, die wir den laufenden Ertragsquellen des Geschäftsjahres oder der RfB entnehmen. Diese bestehen aus einem Ertragsanteil in Prozent des maßgeblichen **»Deckungskapitals«**.
- (3) Die Zuteilung der **»Überschüsse«** für Ihre Kapitalversicherung erfolgt jährlich am **»Stamntag«** sofern der Vertrag über diesen Termin hinaus fortbesteht.
- (4) Den ersten Ertragsanteil teilen wir am ersten **»Stamntag«** nach Versicherungsbeginn zu.
- (5) Die zugewiesenen Ertragsanteile werden für eine Verzinsliche Ansammlung verwendet. Bei der Verzinslichen Ansammlung werden die Ertragsanteile als Guthaben geführt und mit dem deklarierten Zinssatz verzinst. Bei Beendigung der Versicherung erhalten Sie das zum letzten **»Stamntag«** vorhandene Ansammlungsguthaben.
- (6) Neben der Verzinslichen Ansammlung erhalten Sie bei Beendigung der Versicherung auch einen Schlussbonus. Diesen berechnen wir folgendermaßen:

Auch für den Schlussbonus werden jährlich Ertragsanteilsätze deklariert, mit denen wir jährlich analog zur Berechnung der Ertragsanteile schlussbonusfähige Beträge ermitteln. Diese Beträge werden mit einem jährlich deklarierten Schlussbonuszins verzinst und über alle Jahre bis zur Fälligkeit aufsummiert. Diese Summe stellt die Bemessungsgröße für den Schlussbonus dar. Zur Berechnung Ihres Anspruchs wenden wir einen für den Schlussbonus in der Überschussdeklaration zum Zeitpunkt der Fälligkeit festgelegten Prozentsatz auf die Bemessungsgröße an. Dieser Prozentsatz kann abhängig vom Anlass der Vertragsbeendigung unterschiedlich deklariert sein.

Bei ungünstiger Überschussentwicklung kann der Schlussbonus gänzlich entfallen.

III. Beteiligung an Bewertungsreserven

- (1) **»Bewertungsreserven«** entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit

dem die Kapitalanlagen in der Bilanz unseres Jahresabschlusses ausgewiesen sind. Sie haben nach § 153 Abs. 3 VVG bei Vertragsbeendigung einen Anspruch auf eine Leistung aus der »**Überschussbeteiligung**«, deren Höhe von dem für diesen Zeitpunkt zu ermittelnden Betrag der »**Bewertungsreserven**« abhängt.

- (2) »**Bewertungsreserven**« verändern sich im Zeitverlauf. Wir bestimmen ihre Höhe zu einem Stichtag erst dann, wenn die Marktwerte aller zu berücksichtigenden Kapitalanlagen abschließend festgestellt sind. Dies nimmt Zeit in Anspruch. Wie sich der Bewertungsstichtag nach unserem Überschussbeteiligungsverfahren konkret bestimmt, wird im Rahmen der »**Überschussdeklaration**« festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht.
- (3) Nach einem verursachungsorientierten Verfahren werden für die einzelnen überschussberechtigten Verträge die jeweiligen Anteile für eine Beteiligung an »**Bewertungsreserven**« einmal im Kalenderjahr ermittelt. Informationen bzw. Festlegungen zu diesem Verfahren enthält ebenfalls die »**Überschussdeklaration**«. Bei Beendigung des Vertrags wird dann der für diesen Zeitpunkt unter Zugrundelegung des festgelegten Bewertungsstichtages ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausbezahlt. Mindestens wird aber ein in der »**Überschussdeklaration**« für das Kalenderjahr der Zuteilung bestimmter Betrag geleistet. Dieser Mindestbetrag wird insofern auf den Anspruch auf Beteiligung an den »**Bewertungsreserven**« angerechnet.
- (4) Versicherungen müssen gesetzliche Regeln zur Ausstattung mit Kapital berücksichtigen. Bei der Beteiligung an den »**Bewertungsreserven**« berücksichtigen wir diese Regeln.

IV. Mitteilung über den Stand der Überschussbeteiligung

In unserer Jährlichen Mitteilung werden wir über den Stand der Überschussbeteiligung des Vertrages informieren.

Kosten und Gebühren

§ 8 Abschluss- und Vertriebskosten

- (1) Wenn Sie den Vertrag abschließen und wenn Sie eine Zuzahlung leisten, entstehen »**Kosten**«. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten haben wir bereits pauschal bei der Kalkulation des Tarifs berücksichtigt. Wir stellen sie Ihnen deshalb nicht separat in Rechnung. § 43 Absatz 2 der Verordnung über die Rechnungslegung von Versicherungsunternehmen (RechVersV) regelt, welche »**Kosten**« dazu zählen.

Dazu gehören beispielsweise

- Provisionen für den Versicherungsvermittler,
- Kosten für die Prüfung des Antrags,
- Kosten für die Erstellung der Vertragsunterlagen,
- Kosten für Werbung.

Ein Teil der Abschlusskosten fällt einmalig zu Beginn des Vertrags bzw. einmalig bei einer Zuzahlung an.

- (2) Für Einmalbeiträge werden die Abschluss- und Vertriebskosten beitragsproportional aus dem Einmalbeitrag entnommen. Dasselbe gilt auch für jede Zuzahlung in den Vertrag.
- (3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangsphase Ihres Vertrags zunächst der »**Rückkaufswert**« (vgl. § 10) geringer als der Einmalbeitrag ist. Bitte beachten Sie daher: Eine Kündigung kann mit finanziellen Nachteilen verbunden sein. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

§ 9 Gebühren

In bestimmten Fällen entsteht ein zusätzlicher Aufwand für die Verwaltung. Wenn Sie diesen Aufwand veranlasst haben, zahlen Sie eine pauschale »**Gebühr**«. Beispielsweise wenn

- wir Ihnen eine Ersatzurkunde für den Versicherungsschein ausstellen,
- Sie den Einmalbeitrag nicht zahlen und wir Ihnen eine schriftliche Mahnung schicken,
- wir den Einmalbeitrag nicht von Ihrem Konto einziehen können, obwohl Sie am Lastschriftverfahren teilnehmen (Rückläufer im Lastschriftverfahren),
- Sie Änderungen am Vertrag vornehmen lassen,
- wir Abtretungen, Verpfändungen und Pfändungen bearbeiten.

Die »**Gebühr**« wird Ihnen gesondert in Rechnung gestellt. Sie kann entfallen oder sinken, wenn

- unsere Annahmen nicht zutreffen oder
- der Aufwand geringer ist.

Bitte weisen Sie nach, dass ein solcher Fall vorliegt.

Kündigung und Teilauszahlung

§ 10 Rückkaufswert - Kündigung - Teilauszahlung

- (1) Sie können den Vertrag jederzeit für den Schluss eines jeden Quartals der laufenden »**Versicherungsperiode**« ganz oder teilweise kündigen. Bei einer nur teilweisen Kündigung beziehen sich die nachfolgenden Regelungen zur Leistungshöhe auf den gekündigten Teil der Versicherung.
- (2) Im Falle einer Kündigung zahlen wir
 - den Rückkaufswert (vgl. Absatz 3)
 - vermindert um einen Abzug, dessen absoluten Wert Sie der in Ihren Vertragsunterlagen enthaltenen Garantiewerttabelle entnehmen können (vgl. Absatz 4)
 - zuzüglich der Überschussbeteiligung (vgl. Absatz 7).
- (3) Der »**Rückkaufswert**« ist nach § 169 Versicherungsvertragsgesetz das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation berechnete Deckungskapital der Versicherung.
- (4) Vom »**Rückkaufswert**« erheben wir einen Abzug. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Wenn Sie kündigen, verändern sich Risiko und Ertrag im Bestand der restlichen Versicherten. Wir halten den Abzug für angemessen, weil wir mit ihm diese Veränderung ausgleichen und damit der Versicherungsgemeinschaft kein Nachteil entsteht.

Um den Abzug festzulegen, berücksichtigen wir Folgendes:

- a. Bei einer Kündigung entsteht ein höherer Aufwand für die Bearbeitung. Damit entstehen auch höhere Kosten als bei einem regulären Verlauf des Vertrags.
- b. Wenn wir Versicherungsprodukte kalkulieren, gehen wir von diesen Annahmen aus: Die Risikogemeinschaft setzt sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringen Risiko zusammen. Die Erfahrungen zeigen, dass Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko.
- c. Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss Ihres Vertrags partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss Ihr Vertrag seinerseits Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und werden deshalb im Rahmen des Abzugs in Abhängigkeit von der Laufzeit Ihres Vertrags ausgeglichen. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Über die Höhe des voraussichtlichen Abzugs informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle beispielsweise in Ihrem Versicherungsschein. Wir reduzieren Ihren Abzug, wenn er in Ihrem Fall wesentlich niedriger ist. Bitte weisen Sie uns dies nach. Der Abzug entfällt, wenn unsere Annahmen auf Ihren Fall nicht zutreffen. Bitte weisen Sie uns auch dies nach.

- (5) Wir sind berechtigt, den nach Absatz 3 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet (§ 169 Abs. 6 Versicherungsvertragsgesetz).
- (6) Eine Erstattung der von Ihnen eingezahlten Beiträge können Sie bei einer Kündigung nicht verlangen.
- (7) Bei vereinbarter verzinslicher Ansammlung zahlen wir als Überschussbeteiligung das nach Zuteilung zum letzten Stichtag vorhandene Ansammlungsguthaben aus (vgl. § 7 Abschnitt II. Abs. 5).

- (8) Bei einer Teilauszahlung (teilweisen Kündigung) darf das verbleibende Deckungskapital ein Drittel des Einmalbeitrages, mindestens 5.000 EUR nicht unterschreiten. Jede Teilauszahlung verringert die versicherten Leistungen.
- (9) Eine Kündigung kann mit finanziellen Nachteilen verbunden sein. In der Anfangsphase Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (vgl. § 8 Abs. 1) der Rückkaufswert geringer als der Einmalbeitrag. Bitte beachten Sie: Eine Kündigung kann mit finanziellen Nachteilen verbunden sein. Sprechen Sie vorher bitte mit uns.

Über die Höhe des Rückkaufswertes und des garantierten Auszahlungsbetrags bei Kündigung informieren wir Sie mit der Garantiewerttabelle. Sie finden diese Tabelle beispielsweise in Ihrem Versicherungsschein.

Anzeigepflichten

§ 11 Nachweise im Leistungsfall

I. Im Todesfall

- (1) Bitte teilen Sie uns den Tod der versicherten Person so schnell wie möglich mit.
- (2) Außerdem müssen Sie uns folgende Unterlagen schicken:
 - den Versicherungsschein,
 - eine amtliche Sterbeurkunde mit Angaben zu Alter und Geburtsort und
 - ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache.

II. Bei Eintritt schwerer Erkrankungen oder Pflegebedürftigkeit

- (1) Eine schwere Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen ist uns unverzüglich anzuzeigen, falls Sie die Option auf Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Pflegebedürftigkeit nutzen wollen.
- (2) Außerdem sind folgende Unterlagen einzureichen, falls Sie die Option auf Leistung bei Eintritt einer schweren Erkrankung nutzen wollen:
 - der Versicherungsschein
 - die ärztliche Diagnose der schweren Krankheit.

Der Arzt muss dabei diese beiden Voraussetzungen erfüllen:

- Er darf nicht versicherte Person, Versicherungsnehmer oder ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers sein.
- Er muss in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt oder Facharzt besitzen. Er muss aktives Mitglied der dort ansässigen ärztlichen Vereinigung sein:
 - einem Mitgliedstaat der EU,
 - Australien,
 - Island,
 - Kanada,
 - Neuseeland,
 - Norwegen,
 - Schweiz,
 - USA.

Außerdem sind folgende Unterlagen einzureichen, falls Sie die Option auf Leistung bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit nutzen wollen:

- der Versicherungsschein,
- ein Nachweis, dass die Pflegebedürftigkeit bereits seit sechs Monaten besteht und noch weiter fortbesteht. Wie die Pflegebedürftigkeit für diese Bedingungen definiert ist, finden Sie in Anhang II.
- eine Erklärung, dass aus ärztlicher Sicht keine Hoffnung auf ein Ende der Pflegebedürftigkeit besteht,
- eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist. Die Bescheinigung muss Art und Umfang der Pflege beinhalten.

III. Weitere Nachweise

Um unsere Leistungspflicht zu klären, können wir weitere notwendige Nachweise verlangen oder erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die Kosten für die Nachweise zahlt derjenige, der die Leistung beansprucht. Wir zahlen die Kosten, wenn die Nachweise dazu dienen, eine Einschränkung unserer Leistung zu prüfen.

Sonstige Regelungen

§ 12 Leistungsempfänger

- (1) Die Leistung erbringen wir an Sie als unseren Vertragspartner oder an Ihre Erben. Falls Sie eine andere Person als bezugsberechtigt bestimmt haben, leisten wir an diese Person.
- (2) Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Wir werden allerdings nicht an den Inhaber des Versicherungsscheins leisten, wenn Zweifel an seiner Berechtigung bestehen.

§ 13 Bezugsberechtigung

- (1) Sie können eine Person oder Personengruppe als bezugsberechtigt benennen.
- (2) Bis der Versicherungsfall eintritt können Sie das Bezugsrecht auch widerrufen oder andere Personen als bezugsberechtigt einsetzen.
- (3) Sie können auch bestimmen, dass ein von Ihnen benannter Bezugsberechtigter die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich erwerben soll. In diesem Fall werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass Sie das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen können. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, können Sie das Bezugsrecht nur noch ändern, wenn die von Ihnen begünstigte Person zustimmt.
- (4) Bitte informieren Sie uns schriftlich, wenn Sie ein Bezugsrecht einräumen oder widerrufen. Nur dann sind Ihre Änderungen wirksam.

§ 14 Abtretung - Verpfändung

Sie können die Ansprüche aus dem Vertrag gegen eine »**Gebühr** abtreten oder verpfänden. Bei zwei Versicherungsnehmern ist dazu die Zustimmung beider Versicherungsnehmer erforderlich. Bitte informieren Sie uns schriftlich über Ihre Änderungen. Nur dann sind sie wirksam.

§ 15 Mitteilungen - Umzug / Steuerpflicht im Ausland

- (1) Bitte teilen Sie uns Ihren bevorstehenden Umzug oder eine Änderung Ihres Namens wenn möglich zwei Wochen vorher mit.
- (2) Falls Sie der Steuerpflicht in anderen Staaten als der Bundesrepublik Deutschland unterliegen, müssen Sie uns dies bei Vertragsabschluss mitteilen. Auch wenn eine Steuerpflicht im Ausland nach Vertragsabschluss entsteht oder wegfällt, müssen Sie uns unverzüglich darüber informieren.
- (3) Bitte senden Sie uns auch so früh wie möglich schriftlich alle anderen Mitteilungen zu Ihrem Vertrag. Diese Mitteilungen können beispielsweise Anträge, Ihren Vertrag zu ändern oder Kündigungen sein.
- (4) Bitte beachten Sie in Ihrem Interesse: Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb Deutschlands aufhalten, nennen Sie uns bitte einen Zustellungsbevollmächtigten. Dies ist eine in Deutschland ansässige Person, die unsere Mitteilungen für Sie entgegennehmen darf.

§ 16 Anwendbares Recht - Gerichtsstand - Verjährung

- (1) Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.
- (2) Für Klagen gegen uns sind die Gerichte an unserem Geschäftssitz zuständig. Es können auch die Gerichte am Sitz der Niederlassung zuständig sein, die für den Vertrag verantwortlich ist. Eine »**natürliche Person** kann auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren Wohnsitz hat. Personen ohne festen Wohnsitz können auch bei dem Gericht klagen, in dessen Bezirk sie ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Beides gilt für den Zeitpunkt, an dem die Klage erhoben wird.
- (3) Es ist möglich, dass wir Ansprüche aus dem Vertrag gegen Sie gerichtlich durchsetzen wollen. Dann ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz haben.

- (4) Wenn Sie Ihren Wohn- oder Geschäftssitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft verlegen, sind die Gerichte in Deutschland zuständig. Dies gilt auch für einen Umzug nach Island, Norwegen oder in die Schweiz.
- (5) Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag richten sich nach »**VVG** und Bürgerlichem Gesetzbuch (BGB). Derzeit beträgt die regelmäßige Verjährungsfrist drei Jahre.

Anhang I: Beschreibung der versicherten schweren Krankheiten

1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Wir leisten bei einem schweren Herzinfarkt, der wie folgt definiert ist:

Ein Herzinfarkt ist ein plötzliches Ereignis mit Störung der Durchblutung im Herzmuskel, das zum Absterben von Herzgewebe führt.

Ein Herzinfarkt ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Typische klinische Symptome** (zum Beispiel das Auftreten der typischen Schmerzen in der Brust).
- **Frische EKG-Veränderungen**, die den Infarkt nachweisen.
- **Veränderte Blutwerte**. Ein Herzinfarkt muss durch eine Blutuntersuchung (anhand der herzspezifischen Marker) nachgewiesen werden. Bitte schicken Sie uns die Arztberichte mit den entsprechenden Nachweisen der veränderten herzspezifischen Marker.
- **Funktionsverlust**. Ein Herzinfarkt führt zu einer Vernarbung des Herzmuskels (Infarktnarbe). Durch die Infarktnarbe kommt es zu einer Verringerung der Ejektionsfraktion unter 55 %. Das bedeutet, dass die Blutmenge, die das Herz beim Zusammenziehen pumpt, auf einen Wert unter 55 % verringert ist. Diese Verringerung muss mit einer der folgenden Methoden nachgewiesen werden:
 - Echokardiographie
 - Szintigraphie
 - Eine andere medizinisch gleichwertige Methode

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

2. Multiple Sklerose - schubförmiger Verlauf

Wir leisten bei schwerer multipler Sklerose mit schubförmigem Verlauf, die wie folgt definiert ist:

Die schubförmige verlaufende multiple Sklerose ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems. Die Erkrankung führt schubweise zum Verlust der Schutzhüllen um die Nervenfasern (Demyelinisierung).

Eine multiple Sklerose mit schubförmigem Verlauf ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nachweis über die Art des Verlaufs**. Durch Befunde müssen mindestens zwei Schübe belegt werden.
- **Nachweis der Beeinträchtigungen**. Die multiple Sklerose führt zu Beeinträchtigungen der Funktion des Gehirns. Deren Nachweis muss mit objektiven medizinischen Methoden erfolgen.
- **Funktionelle Einschränkungen**. Die durch die multiple Sklerose entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu mindestens einer der folgenden funktionellen Einschränkungen:
 1. **Essen und Trinken**. Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
 2. **Gehen**. Die versicherte Person ist dauerhaft nicht in der Lage mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
 - a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe)
 - b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.
 3. **Sehen**. Die versicherte Person leidet unter einem Verlust des zentralen Sehens (ein so genanntes Zentralskotom). Liegt eine solche Einschränkung vor, benötigen wir von Ihnen die entsprechenden Befunde von einem Augenarzt.
- **Dauerhaftigkeit**. Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

3. Schlaganfall (Apoplektischer Insult)

Wir leisten bei einem schweren Schlaganfall, der wie folgt definiert ist:

Ein Schlaganfall ist ein plötzliches Ereignis mit Störung der Durchblutung im Gehirn, das zum Absterben von Hirngewebe führt.

Ein Schlaganfall ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Schlaganfallnachweis**. Der Nachweis des Schlaganfalls muss durch ein Computertomogramm

- (CT), ein Kernspintomogramm (MRI) oder andere gleichwertige, bildgebende Verfahren erfolgen.
- **Nachweis der Beeinträchtigungen.** Der Schlaganfall führt zu Beeinträchtigungen der Funktion des Gehirns. Dadurch kommt es zu Ausfällen von neurologischen Funktionen, deren Nachweis mit objektiven medizinischen Methoden erfolgt.
 - **Funktionelle Einschränkungen.** Die durch den Schlaganfall entstandenen neurologischen Ausfälle führen dauerhaft zu mindestens einer der folgenden funktionellen Einschränkungen:
 1. **Gehen.** Die versicherte Person ist nicht in der Lage, mindestens 200 Meter über ebenen Boden zu gehen. Um eine solche Strecke zurückzulegen, muss sie:
 - a. Hilfsmittel verwenden (wie zum Beispiel eine Gehhilfe) und
 - b. öfters anhalten, sich abstützen oder setzen.
 2. **Essen und Trinken.** Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete, essfertige Nahrung und Getränke zu sich zu nehmen. Diese Einschränkung besteht auch, wenn sie krankengerechte Essbestecke oder Trinkgefäße benutzt.
 3. **Sprechen.** Die versicherte Person kann nicht mehr sprechen. Sie benötigt Hilfsmittel (zum Beispiel Sprachcomputer) um mit der Umwelt zu sprechen.
 4. **Bewegung.** Bei der versicherten Person liegt ein vollständiger Verlust der Funktion einer Gliedmaße vor. Das bedeutet, dass sie eine komplette Gliedmaße nicht mehr verwenden kann. Eine komplette Gliedmaße ist zum Beispiel ein Arm einschließlich der Hand oder ein Bein einschließlich des Fußes. Der vollständige Verlust der Funktion muss mit neurologischen Methoden nachgewiesen werden.
 5. **Sehen.** Die versicherte Person kann wegen des Schlaganfalls nicht mehr richtig sehen. Der Schlaganfall hat das Sehzentrum oder eine Nervenbahn im Gehirn beschädigt. Dadurch kam es zu einem Ausfall des Gesichtsfelds beider Augen. Bei beiden Augen muss mindestens je ein Quadrant auf der gleichen Seite betroffen sein. Liegt eine solche Einschränkung vor, benötigen wir von Ihnen die entsprechenden Befunde von einem Augenarzt.
 - **Dauerhaftigkeit.** Die oben aufgeführten funktionellen Einschränkungen bestehen dauerhaft und sind nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie bestehen voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

4. Chronisches Nierenversagen (Anurie)

Wir leisten bei einem schweren chronischen Nierenversagen, das wie folgt definiert ist:

Ein chronisches Nierenversagen ist der dauerhafte Verlust der selbstständigen Funktionsfähigkeit der Nieren.

Ein chronisches Nierenversagen ist schwer, wenn **eine** der zwei folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- **Regelmäßige und dauerhafte Dialyse (Dauerdialysebehandlung).** Ein Nierenarzt muss die Notwendigkeit einer regelmäßigen und dauerhaften Dialyse durch einen entsprechenden Befund belegen (nephrologischer Bericht).
- **Transplantation.** Der Bericht über die erfolgte Transplantation muss vorgelegt werden.

Unsere Leistungspflicht beginnt nach Beginn der Dauerdialysebehandlung oder nach erfolgter Transplantation.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

5. Krebs

Wir leisten bei einer schweren Krebserkrankung, die wie folgt definiert ist:

Krebs ist ein unkontrolliert wachsender Tumor mit den zwei folgenden zentralen Eigenschaften. Die Krebszellen

- wachsen unkontrolliert in die Umgebung oder in andere Organe ein und
- haben die Eigenschaft, Tochtergeschwüre (Metastasen) zu bilden.

Wir leisten auch bei den folgenden Krebserkrankungen:

- Leukämie
- bösartige Lymphome (Non-Hodgkin Lymphome)
- Morbus Hodgkin

Eine Krebserkrankung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Ärztliche Diagnose.** Die Diagnose muss durch entsprechende ärztliche Befunde belegt sein. Für Tumore ist hierfür ein feingeweblicher (histologischer) Befund nötig. Für Blutkrebs (Leukämien) oder Lymphome ist ein zellnachweislicher (zytologischer) Befund notwendig.
- **Stadium der Erkrankung.** Das Stadium der Erkrankung erreicht je nach Krebsart mindestens den im Folgenden definierten Schweregrad:
 1. Leukämie mit dadurch bedingter Anämie (Blutarmut).

2. Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin mindestens der Klasse 2 nach Ann Arbor Einstufung.
 3. Prostatakrebs der Stufe T2N0M0.
 4. Schilddrüsenkrebs mindestens Stufe T2 bzw. T2N0M0.
 5. Hautkrebs mit Fernmetastasen (Ausnahme: malignes Melanom).
 6. Malignes Melanom mit Tumorstadium T3 der TNM Klassifikation entsprechend einer Eindringtiefe von mehr als 1,5 mm nach Breslow-Methode.
 7. Blasenkrebs mindestens Stufe T2 bzw. T2N0M0.
 8. Alle sonstigen festen Tumore (inklusive malignes Melanom): Invasives Stadium, das heißt mindestens T1N0M0.
- Alle nicht-invasiven Stadien sowie prämaligen Formen erfüllen diese Voraussetzungen nicht. Insbesondere wird keine Leistung fällig bei:
- Carcinoma in situ
 - Melanoma in situ
 - CIN-1 bis CIN-3
 - PAP-1 bis PAP-4

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

6. Blindheit

Wir leisten bei Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit), die wie folgt definiert ist:

Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit) ist ein unwiederbringlicher Verlust der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

Der Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit) ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Sehschärfe.** Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt nicht mehr als 6/60 oder 20/200. Alternativ belegt ein Arzt, dass das Sehfeld auf beiden Augen auf maximal 20° beschränkt ist.
- **Nicht behandelbar.** Die Erkrankung ist nicht zu behandeln.
- **Hilfsmittel.** Die versicherte Person kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel nicht ausreichend verbessern. Auf dem schlechteren der beiden Augen resultiert durch Hilfsmittel keine Sehschärfe von mehr als 6/60 oder 20/200. Oder es resultiert kein Sehfeld von mehr als 20°.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

7. Gehörlosigkeit

Wir leisten bei schwerer Gehörlosigkeit, die wie folgt definiert ist:

Gehörlosigkeit ist ein Verlust für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

Eine Gehörlosigkeit ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Nicht behandelbar.** Die Erkrankung ist nicht zu behandeln.
- **Dauerhaftigkeit.** Dieser Hörverlust besteht dauerhaft und ist nicht vorübergehend. Das bedeutet, er besteht voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.
- **Hilfsmittel.** Die versicherte Person kann die Hörfähigkeit durch Hörhilfen nicht ausreichend verbessern. Dazu gehören zum Beispiel Hörgeräte, Implantate oder auch andere Hörhilfen. Dabei gilt die allgemeine medizinische Meinung. Die Hörhilfen können dabei die Hörfähigkeit nicht soweit verbessern, dass die versicherte Person auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel hört.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

8. Lähmung

Wir leisten bei einer schweren Lähmung, die wie folgt definiert ist:

Eine Lähmung bezeichnet den Verlust der Funktion der Muskulatur als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit.

Eine Lähmung ist schwer, wenn **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- **Lähmung bestimmter Körperteile.** Zwei Arme, zwei Beine oder eine Körperhälfte sind vollständig gelähmt.
- **Dauerhaftigkeit.** Die Lähmung besteht dauerhaft und ist nicht vorübergehend. Das bedeutet, sie besteht voraussichtlich mindestens über einen Zeitraum von 3 Jahren.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

9. Tödliche Krankheit

Wir leisten bei tödlicher Krankheit (Terminal Illness), die **alle** folgenden Voraussetzungen erfüllt:

- **Tödliche Krankheit.** Die Krankheit ist fortschreitend und unheilbar und führt voraussichtlich innerhalb von 12 Monaten ab dem Leistungsantrag des Versicherten zum Tode.
- **Eindeutige Diagnose.** Die Diagnose muss durch einen Facharzt erfolgen. Der Facharzt darf den Patienten vorher nicht selbst behandelt haben. Ein Hausarzt ist kein Facharzt im Sinne dieser Bedingungen.
- **Keine weitere Behandlung möglich.** Unsere Leistungspflicht besteht nur, wenn keine weitere Behandlung der Erkrankung möglich ist und nur eine symptomatische und lindernde (palliative) Therapie erfolgt.

In Zweifelsfällen sind wir berechtigt, einen weiteren Facharzt für eine Begutachtung hinzuzuziehen.

Bitte schicken Sie uns alle entsprechenden Befunde und Behandlungsunterlagen.

Anhang II: Definition der Pflegebedürftigkeit

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverschädigung oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall voraussichtlich länger als sechs Monate so hilflos ist, dass sie für mindestens zwei der im folgenden genannten sechs Verrichtungen auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- **Fortbewegen im Zimmer:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe, eines Rollstuhls oder anderer technischer Hilfsmittel - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- **Aufstehen und Zubettgehen:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung eines Pflegebettes oder anderer technischer Hilfsmittel - nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- **An- und Auskleiden:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung oder anderer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße oder anderer technischer Hilfsmittel - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- **Waschen:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Wannengriffen, einem Wannenlift oder anderer technischer Hilfsmittel - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- **Verrichten der Notdurft:** Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann oder weil
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn bei der versicherten Person schwere Hirnleistungsstörungen (schwere Demenz) vorliegen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden und in deren Folge die versicherte Person Unterstützung bei den oben genannten Verrichtungen oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Die schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Die Diagnose einer schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 6 ("Schwere kognitive Leistungseinbußen"), ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 6) oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Anhang III: Erklärung wichtiger Fachbegriffe (Glossar)

Berechnungsgrundlagen

Berechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören der garantierte Zins, die »Kosten und die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven sind die Differenz aus dem Marktwert von Kapitalanlagen und dem Wert, den wir in der Bilanz ausweisen. Dieser kann wegen gesetzlicher Vorschriften geringer sein als der Marktwert (Niederstwertprinzip). Wenn die Bewertungsreserven positiv sind, erhalten Sie eine Beteiligung.

Deckungskapital

Für die Kalkulation der garantierten Leistungen werden ein garantierter Rechnungszins festgelegt und verbindliche Annahmen zur Häufigkeit von Leistungsfällen sowie zum Bedarf an Kosten getroffen. Das Deckungskapital zu einem Betrachtungszeitpunkt errechnet sich als:

- die bis dahin verzinsten Summe aller Einzahlungen in den Vertrag
- abzüglich jener Mittel, die nach den Regeln der Versicherungsmathematik in jeder Versicherungsperiode für die Bedienung der Leistungsfälle abziehen waren und
- abzüglich jener Mittel, die für die Kostendeckung zwischenzeitlich abziehen waren.

Deckungsrückstellung

Die Deckungsrückstellung ist der Wert, den wir in der Bilanz für unsere vertraglichen Verpflichtungen ansetzen. Diese Verpflichtungen entstehen dadurch, dass wir immer in der Lage sein müssen, die vertraglich vereinbarten Leistungen zu erbringen.

Garantiewerttabelle

In der Garantiewerttabelle stellen wir die garantierten Werte Ihres Vertrags im Vertragsverlauf dar. Dazu gehören beispielsweise die Rückkaufswerte, garantierten Auszahlungsbeträge bei Kündigung und die Stornoabzüge. Sie finden die Garantiewerttabelle in Ihrem Versicherungsschein.

Gebühr

Sie zahlen Gebühren, wenn Sie einen Aufwand verursachen, der bei normalem Verlauf des Vertrags nicht entstanden wäre. Ein Beispiel: Sie zahlen Ihre Beiträge per Lastschrift. Ihre Bank kann die Lastschrift aber nicht einlösen, weil nicht genügend Geld auf Ihrem Konto ist. Dafür berechnet die Bank uns dann Gebühren, die wir an Sie weiterreichen. Anders als »Kosten« zahlen Sie Gebühren zusätzlich zu Ihren Beiträgen. Die Höhe der Gebühren kann sich im Vertragsverlauf ändern. Die bei Abschluss des Vertrags aktuellen Gebühren finden Sie in Ihren Unterlagen. Im weiteren Vertragsverlauf nennen wir Ihnen gern die jeweils aktuellen Gebühren. Mehr dazu finden Sie auch in § 9.

HGB

Abkürzung für Handelsgesetzbuch.

Jährliche Mitteilung

Einmal im Jahr erhalten Sie von uns eine Mitteilung über den aktuellen Stand Ihres Vertrags. Darin teilen wir Ihnen beispielsweise mit, wie hoch Ihr Guthaben ist.

Kosten

Für den Abschluss und die Verwaltung Ihres Vertrags zahlen Sie Abschluss- und Verwaltungskosten. Im Gegensatz zu den »Gebühren« sind diese Kosten bereits in Ihren Beiträgen enthalten. Sie müssen sie nicht zusätzlich zahlen. Mehr zu den Abschlusskosten finden Sie in § 8. Wie hoch die Kosten für Ihren Vertrag genau sind, finden Sie in Ihrem Produktinformationsblatt.

Leistungsfall

Der Leistungsfall ist das Ereignis, das die vertraglich vereinbarte Leistung auslöst. Das kann der Tod, eine schwere Krankheit oder Pflegebedürftigkeit sein.

natürliche Person

Juristische Personen sind beispielsweise Unternehmen. Im Gegensatz dazu sind natürliche Personen Menschen. Diese Bezeichnung tritt meist im Zusammenhang mit Rechten und Pflichten auf, die diese Personen haben.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert entspricht dem Wert des »Deckungskapitals« zum Zeitpunkt einer Kündigung. Aus dem Rückkaufswert ermitteln wir den Betrag, den wir bei einer Kündigung auszahlen. Mehr zum Rückkaufswert finden Sie in § 10. Die konkrete garantierte Höhe des Rückkaufswerts und des Auszahlungsbetrags bei Kündigung für Ihren Vertrag finden Sie beispielsweise in Ihrem Versicherungsschein.

Stamntag

Der Stamntag ist der erste Tag des Monats, in dem Ihre Versicherung begonnen hat.

Überschussdeklaration

In unserem Geschäftsbericht veröffentlichen wir die Überschussdeklaration. Dort informieren wir über die Höhe der Überschussanteile für die einzelnen Tarife in einem Kalenderjahr. Sie finden den jeweils aktuellen Geschäftsbericht im Internet unter www.gothaer.de.

Überschuss, Überschussbeteiligung

Überschüsse entstehen, wenn wir am Kapitalmarkt höhere Kapitalerträge erwirtschaften, als wir für die Finanzierung der garantierten Leistungen benötigen. Außerdem entstehen Überschüsse, wenn weniger »*Leistungsfälle*« eintreten, als wir bei unserer Berechnung angenommen haben. Sie können auch entstehen, wenn die »*Kosten*« geringer sind, als wir ursprünglich angenommen haben. Durch die Überschussbeteiligung geben wir die erzielten Überschüsse an die einzelnen Verträge weiter.

VAG

Abkürzung für Gesetz über die Beaufsichtigung der Versicherungsunternehmen (Versicherungsaufsichtsgesetz).

Verantwortlicher Aktuar

Der Verantwortliche Aktuar stellt unter anderem sicher, dass wir die vertraglich zugesagten Leistungen erbringen können. Dafür prüft er beispielsweise, ob die berechneten Beiträge ausreichend sind. Wir sind gesetzlich dazu verpflichtet, einen Verantwortlichen Aktuar zu bestellen.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt für Einmalbeitragsversicherungen ein Jahr und sie umfasst den Zeitraum zwischen zwei aufeinanderfolgenden »*Stammtagen*«.

VVG

Abkürzung für Gesetz über den Versicherungsvertrag (Versicherungsvertragsgesetz).