

## Allgemeine Versicherungsbedingungen für die funktionelle Invaliditätsabsicherung Multi Protect 2026 (MPK 2026)

---

(Stand 03/2026)

Liebe Kunden,

die Multi Protect bietet Ihnen einen umfangreichen Schutz weiter über den einer klassische Unfallversicherung hinaus. In der Multi Protect gelten nicht nur Unfälle, sondern auch schwere Krankheiten als mitversichert. Die versicherte Leistung wird im Schadenfall in Form einer monatlichen Rente ausbezahlt.

Diese Bedingungen enthalten den Erwachsenen- und Kindertarif. Bitte beachten Sie die unterschiedlichen Regelungen/Voraussetzungen.

### **Was gilt als mitversichert ?**

- Organschäden
- Verlust von Grundfähigkeiten
- Pflegefall
- Krebs
- Schwere Unfälle

### **In welchen Situationen gilt beispielsweise der Versicherungsschutz?**

- Für Unfälle gilt: Alle 4 Sekunden geschieht ein Unfall in Deutschland: Etwa 1 Millionen Menschen pro Jahr verletzen sich dabei schwer.
- Für Krankheiten und andere Risiken gilt: Jeder dritte 35-jährige Mann wird, bevor er das Rentenalter erreicht, an Krebs oder einem Herzinfarkt leiden: Das Risiko schwer zu erkranken, ist damit deutlich höher als die meisten vermuten

Die "Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die funktionelle Invaliditätsabsicherung Multi Protect (MPK 2026)" sind die Vertragsgrundlage für Multi Protect der BA die Bayerische Allgemeine Versicherung AG.

Auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichten wir. Personenbezogene Formulierungen sind geschlechtsneutral zu verstehen.

Ihrem besseren Verständnis dieser Versicherungsbedingungen dienen folgende rechtlich unverbindliche Begriffserläuterungen:

### **Versicherungsnehmer:**

Das sind Sie als unser Vertragspartner und Käufer des Versicherungsschutzes.

**Versicherte Person**

Die versicherte Person ist jeder, für den Sie Versicherungsschutz mit uns vereinbart haben. Das können Sie selbst und andere Personen sein.

**Versicherungsfall:**

Der Versicherungsfall ist das Ereignis, für das wir Entschädigung leisten.

**Ausschlüsse:**

Ein Ausschluss beschreibt eine Gefahr, eine Schadenart oder eine Sache, für die kein Versicherungsschutz besteht. Ausschlüsse dienen der Abgrenzung des Leistungsversprechens und gewährleisten, dass der Versicherungsschutz kalkulierbar bleibt. Sie finden sie in den Bedingungen entweder als generelle Ausschlüsse (z. B. Krieg) oder in Bestimmungen zu einzelnen Gefahren und Schäden sowie bei der Beschreibung der versicherten Sachen.

**Obliegenheiten:**

Das sind Ihre Verhaltenspflichten vor, während und nach dem Versicherungsfall. Wenn Sie Obliegenheiten verletzen, gefährden Sie Ihren Versicherungsschutz.

Bitte lesen Sie die Versicherungsbedingungen vollständig und gründlich durch und bewahren Sie sie sorgfältig auf. Wir als Versicherer kommen nicht ganz ohne Fachbegriffe aus. Diese sind nicht immer leicht verständlich. Wir möchten aber, dass Sie Ihre Versicherung gut verstehen. Zögern Sie nicht, uns bei Unklarheiten anzusprechen

Ihre Bayerische

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die funktionelle  
Invaliditätsabsicherung Multi Protect 2026  
(MPK 2026)

---

Inhaltsverzeichnis

<b>A</b>	<b>Versicherungsumfang / Beschreibung der Leistungsarten .....</b>	<b>8</b>
1	Grundsatz.....	8
1.1	Geltungsbereich.....	9
1.2	Einschränkung der Leistungspflicht.....	9
<b>B</b>	<b>Rentenleistung durch Unfall (Unfallrente) .....</b>	<b>9</b>
1	Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente).....	9
1.1	Unfallbegriff.....	9
2	Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente).....	9
2.1	Erhöhte Kraftanstrengung.....	9
2.2	Dämpfe und Gase .....	10
2.3	Unfälle unter Wasser.....	10
2.4	Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen .....	10
2.5	Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.....	10
2.6	Infektionen durch Beschädigung der Haut.....	10
2.7	Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und Medikamente .....	10
2.8	Nahrungsmittelvergiftungen .....	11
2.9	Psychische Störungen .....	11
2.10	Motorradfahrer (Erwachsenentarif).....	11
3	Voraussetzung für die Leistung .....	11
3.1	Invalidität.....	11
3.2	Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität.....	12
3.3	Geltendmachung der Invalidität.....	12
3.4	Keine Rentenleistung bei Unfalltod im ersten Jahr.....	12
4	Art und Höhe der Leistung .....	12
4.1	Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung.....	12
4.2	Gliedertaxe .....	12
4.3	Bemessung außerhalb der Gliedertaxe .....	13
4.4	Minderung bei Vorinvalidität .....	13

4.5	Invaliditätsgrade bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane.....	14
5	Beginn und Dauer der Leistung .....	14
<b>C</b>	<b>Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) .....</b>	<b>14</b>
1	Rentenleistung bei Organschäden (Organrente) .....	14
1.1	Voraussetzung für die Leistung .....	14
1.2	Bewertungsmaßstab.....	15
1.3	Beginn und Dauer der Leistung .....	17
<b>D</b>	<b>Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten für Erwachsene .....</b>	<b>18</b>
1	Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten).....	18
1.1	Voraussetzung für die Leistung .....	18
1.2	Bewertungsmaßstab.....	18
1.3	Beginn und Dauer der Leistung .....	21
<b>E</b>	<b>Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten für Kinder.....</b>	<b>22</b>
1	Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten).....	22
1.1	Voraussetzung für die Leistung .....	22
1.2	Bewertungsmaßstab.....	22
1.3	Beginn und Dauer der Leistung .....	27
<b>F</b>	<b>Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente).....</b>	<b>27</b>
1	Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten).....	27
1.1	Voraussetzung für die Leistung .....	27
1.2	Beginn und Dauer der Leistung .....	29
1.3	Vorerkrankung.....	29
<b>G</b>	<b>Allgemeiner Teil.....</b>	<b>29</b>
1	Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung .....	29
1.1	Voraussetzungen für die Leistung .....	29
1.2	Bewertungsmaßstab.....	30
1.3	Beginn und Dauer der Leistung .....	31
1.4	Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen.....	31
<b>H</b>	<b>Weitere Bestimmungen .....</b>	<b>32</b>
1	Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung ...	32
1.1	Voraussetzungen für die Erhöhung.....	32
1.2	Beitrag.....	33
1.3	Höchstgrenzen.....	33

2	Bedingungsanpassung .....	33
3	Innovationsklausel .....	33
<b>I</b>	<b>Mitwirkung und Wartezeit .....</b>	<b>34</b>
1	Mitwirkung .....	34
2	Wartezeit .....	34
2.1	Beginn und Ende der Wartezeit .....	34
<b>J</b>	<b>Was ist nicht versichert .....</b>	<b>35</b>
1	Ausschlüsse.....	35
1.1	Allgemeine Ausschlüsse.....	35
1.2	Ausgeschlossene Gesundheitsschäden .....	37
<b>K</b>	<b>Altersgruppentarif und Änderung Berufstätigkeit .....</b>	<b>39</b>
1	Umstellung des Kindertarifs .....	39
2	Altersgruppentarif .....	39
3	Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.....	39
3.1	Nicht versicherbare Berufe.....	40
3.2	Mitteilung der Änderung .....	40
3.3	Auswirkung der Änderung.....	40
3.4	Sonderfahrten .....	40
<b>L</b>	<b>Rentenleistung.....</b>	<b>41</b>
1	Zeitpunkt der Rentenleistung.....	41
2	Höhe der Rentenleistung.....	41
3	Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung .....	41
3.1	Benachrichtigung.....	41
3.2	Einreichung von Unterlagen, Übernahme von Gebühren.....	41
3.3	Auskünfte.....	41
3.4	Prüfung der Leistungspflicht.....	42
3.5	Schweigepflichtentbindung .....	42
3.6	Ort der Feststellung .....	42
3.7	Sprache .....	42
4	Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung .....	42
4.1	Mitteilungspflichten .....	42
4.2	Überprüfung der Leistungspflicht (ausgenommen Krebs- und Pflegerente).....	42
4.3	Überprüfung der Lebhaftigkeit.....	43
4.4	Überweisung und Verfügungsbereich .....	43

5	Folgen bei der Verletzung von Pflichten .....	43
6	Planmäßige Erhöhung der vereinbarten Rentenleistung (sofern vereinbart) .....	43
6.1	Planmäßige Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrags (Summendynamik) .....	43
6.2	Planmäßige Erhöhung der Rentenleistung (Leistungsdynamik) .....	44
7	Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen .....	44
<b>M</b>	<b>Der Leistungsfall .....</b>	<b>44</b>
1	Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten) ? .....	44
1.1	Geringfügige Unfallfolgen.....	45
1.2	Versehensklausel .....	45
1.3	Schadenminderungspflicht.....	45
1.4	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?.....	45
<b>N</b>	<b>Wann sind die Leistungen fällig ?.....</b>	<b>46</b>
1	Erklärung über die Leistungspflicht .....	46
1.1	Fälligkeit der Leistung.....	46
1.2	Neubemessung des Invaliditätsgrads.....	47
<b>O</b>	<b>Die Vertragsdauer .....</b>	<b>47</b>
1	Wann beginnt und endet der Vertrag? .....	47
1.1	Beginn des Versicherungsschutzes.....	47
1.2	Dauer und Ende des Versicherungsschutzes.....	47
2	Ende des Vertrages.....	47
2.1	Grundsätzliches .....	47
2.2	Kündigung durch den Versicherungsnehmer .....	47
2.3	Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers .....	48
2.4	Versicherungsjahr .....	48
<b>P</b>	<b>Der Versicherungsbeitrag .....</b>	<b>48</b>
1	Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten und wann muss der Beitrag gezahlt werden.....	48
1.1	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag .....	48
1.2	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag .....	49
1.3	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat .....	50
1.4	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung.....	50
1.5	Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern .....	50
1.6	Beitragsanpassung.....	50

<b>Q</b>	<b>Weitere Bestimmungen .....</b>	<b>51</b>
1	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander? .....	51
1.1	Fremdversicherung.....	51
1.2	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller .....	52
2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?.....	52
2.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht .....	52
2.2	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung .....	52
3	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte .....	54
3.1	Anfechtung .....	54
3.2	Erweiterung des Versicherungsschutzes .....	54
4	Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag .....	54
4.1	Gesetzliche Verjährung.....	54
4.2	Aussetzung der Verjährung .....	55
4.3	Meinungsverschiedenheiten .....	55
5	Welches Gericht ist zuständig .....	56
6	Was ist bei Mitteilungen zu beachten, Was gilt bei Änderung der Anschrift .....	56
7	Welches Recht findet Anwendung .....	56

## A Versicherungsumfang / Beschreibung der Leistungsarten

### 1 Grundsatz

Die Multi PROTECT unterscheidet fünf Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente - siehe Abschnitt B);
- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente – siehe Abschnitt C);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente - siehe Abschnitt D und Abschnitt E);
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente - siehe Abschnitt F);
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente - siehe Abschnitt G)

Die Leistungsarten richten sich ausschließlich und abschließend nach diesen Bedingungen.

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr (im Kindertarif das 18. Lebensjahr) vollendet hat.

Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Rentenzahlungsdauer gezahlt. Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet gleichzeitig die Pflicht zur Beitragszahlung für die Dauer des Leistungsbezugs.

Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegt. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

#### **Mit Ausnahme der Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente) und der Pflegerente gilt Folgendes:**

Die Leistungserbringung ist zunächst auf 3 Jahre (im Kindertarif 5 Jahre) **befristet**. Innerhalb dieser 3 Jahre (im Kindertarif 5 Jahre) ab Leistungsbeginn hat der Versicherer jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist).

Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt und der Versicherungsnehmer hat das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe der zuletzt bezogenen Rentenleistung ohne erneute Risikoprüfung wieder zu aktivieren.

Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung zu den dem Vertrag zugrunde liegenden Tarifbeiträgen wieder in Kraft.

Sofern länger als 3 Jahre (im Kindertarif 5 Jahre) ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, wandelt sich der befristete Rentenanspruch in

einen dauerhaften Rentenanspruch und der Versicherer zahlt die Rente bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet hat. Optional: lebenslang.

Bei der **Krebsrente** sowie der **Pflegerente** gelten die unter Abschnitt G Ziffer 1.3 bzw. F Ziffer 1.2 aufgeführten Regelungen.

### 1.1 Geltungsbereich

Versicherungsschutz besteht während der Wirksamkeit des Vertrags

- weltweit
- rund um die Uhr.

### 1.2 Einschränkung der Leistungspflicht

Für bestimmte Unfälle und Gesundheitsschädigungen kann der Versicherer **keine** oder nur **eingeschränkt** Leistungen erbringen.

Die Regelungen zur Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen (Abschnitt I) und zu den Ausschlüssen (Abschnitt J) müssen beachtet werden.

## B Rentenleistung durch Unfall (Unfallrente)

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

Die Bayerische leistet die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

#### 1.1 Unfallbegriff

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis)
- unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

### 2 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

#### 2.1 Erhöhte Kraftanstrengung

Als Unfall gilt auch, wenn sich die versicherte Person durch eine erhöhte Kraftanstrengung

- ein Gelenk an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule verrenkt

*Beispiel: Die versicherte Person stützt einen schweren Gegenstand ab und verrenkt sich dabei das Ellenbogengelenk.*

- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln an Gliedmaßen oder der Wirbelsäule zerrt oder zerreißt.

*Beispiel: Die versicherte Person zerrt sich bei einem Klimmzug die Muskulatur am*

### *Unterarm.*

Meniskus und Bandscheiben sind weder Muskeln, Sehnen, Bänder noch Kapseln. Deshalb werden sie von dieser Regelung **nicht** erfasst.

Unter den Versicherungsschutz fallen auch durch Kraftanstrengungen der versicherten Person hervorgerufene sonstige Verrenkungen, Zerrungen und Zerreißen an Gliedmaßen und Wirbelsäule sowie Bauch- und Unterleibsbrüche.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind die individuellen körperlichen Verhältnisse der versicherten Person.

## 2.2 Dämpfe und Gase

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch ausströmende gasförmige Stoffe, wenn die versicherte Person unbewusst oder unentrichtbar den Einwirkungen innerhalb eines Zeitraumes von mehreren Stunden ausgesetzt war.

Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben **ausgeschlossen**.

## 2.3 Unfälle unter Wasser

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person unter Wasser unfreiwillig

- erstickt, ertrinkt oder
- einen tauchtypischen Gesundheitsschaden erleidet.

*Beispiel: Caissonkrankheit, Trommelfellverletzungen*

## 2.4 Gesundheitsschäden bei Rettungsmaßnahmen

Als Unfall gilt auch, wenn die versicherte Person Gesundheitsschäden bewusst in Kauf nimmt, die sie bei rechtmäßiger Verteidigung oder der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen erleidet.

## 2.5 Gesundheitsschäden durch Erfrierungen

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

## 2.6 Infektionen durch Beschädigung der Haut

Eingeschlossen in die Versicherung sind alle entstandenen Infektionen, bei denen aus der Krankengeschichte, dem Befund oder der Natur der Erkrankung hervorgeht, dass die Krankheitserreger durch irgendeine Beschädigung der Haut, wobei mindestens die äußere Hautschicht durchtrennt sein muss, oder durch ein plötzliches Eindringen infektiöser Massen in Auge, Mund oder Nase in den Körper gelangt sind.

## 2.7 Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und Medikamente

Anspruch auf Versicherungsleistung besteht bei Gesundheitsschädigungen durch Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Trunkenheit oder Einnahme von ärztlich verordneten Medikamenten verursacht sind, beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt unter 1,3 Promille liegt.

## 2.8 Nahrungsmittelvergiftungen

Anspruch auf Versicherungsleistung besteht bei Vergiftungen durch Nahrungsmittel. Alkoholvergiftungen bleiben vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

## 2.9 Psychische Störungen

Für die Folgen psychischer und nervöser Störungen, die im Anschluss an den Unfall eintreten, werden Leistungen erbracht, wenn und soweit diese auf eine durch den Unfall verursachte organische Erkrankung des Nervensystems oder eine durch den Unfall neu entstandene Epilepsie zurückzuführen ist.

## 2.10 Motorradfahrer (Erwachsenentarif)

Es besteht Versicherungsschutz für eine Invalidität in Folge eines Unfalls oder daraus resultierender Krankheit, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines Motorrades zustoßen, wenn die versicherte Person zu Beginn des Versicherungsjahres älter als 35 Jahre ist.

Hat die versicherte Person zu Beginn des Versicherungsjahres das 36. Lebensjahr noch nicht vollendet, kann durch Zahlung eines individuell vereinbarten Zuschlags auf die Versicherungsprämie diese Leistung in den Vertrag eingeschlossen werden. In diesem Fall erfolgt eine gesonderte Darstellung im Versicherungsschein.

Als Motorräder werden alle Krafträder, Kraftroller, Quads, oder Trikes mit einem Hubraum ab 50 ccm eingestuft.

Für eine Invalidität in Folge eines Unfalls oder daraus resultierender Krankheit, die der versicherten Person als Beifahrer(in) eines Motorrades zustoßen, besteht altersunabhängig Versicherungsschutz.

## 3 Voraussetzung für die Leistung

### 3.1 Invalidität

Die versicherte Person hat eine Invalidität (vgl. zum Invaliditätsgrad auch Ziffer 4) erlitten.

Eine Invalidität liegt vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustands nicht zu erwarten ist

***Beispiel:** Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn die versicherte Person einen Knochenbruch erleidet, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.*

### 3.2 Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss vom Unfalltag an gerechnet,

- innerhalb von 15 Monaten eingetreten und
- innerhalb von 21 Monaten ärztlich festgestellt sein.

Ist eine dieser Voraussetzungen nicht erfüllt, besteht kein Anspruch auf Invaliditätsleistung.

### 3.3 Geltendmachung der Invalidität

Die versicherte Person muss die Invalidität innerhalb von 21 Monaten nach dem Unfall bei dem Versicherer geltend machen. Geltend machen heißt: Die versicherte Person teilt dem Versicherer mit, dass von einer Invalidität ausgegangen wird.

Wird die Frist versäumt, ist der Anspruch auf Rentenleistung **ausgeschlossen**.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn die versicherte Person die Frist versäumt hat. Dann muss die Geltendmachung unverzüglich nachgeholt werden.

*Beispiel: Die versicherte Person hat durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und war deshalb nicht in der Lage, mit dem Versicherer Kontakt aufzunehmen.*

### 3.4 Keine Rentenleistung bei Unfalltod im ersten Jahr

Stirbt die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall, besteht **kein** Anspruch auf die Rentenleistung.

## 4 Art und Höhe der Leistung

Der Unfall hat nach den Bemessungsgrundsätzen dieses Abschnitt B i.V.m. Abschnitt I Ziffer 1 zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt.

### 4.1 Bemessung des Invaliditätsgrads, Zeitraum für die Bemessung

Der Invaliditätsgrad richtet sich

- nach der Gliedertaxe (Abschnitt B Ziffer 4.2), sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind,
- ansonsten danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit dauerhaft beeinträchtigt ist nach Abschnitt B Ziffer 4.3.

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität (Abschnitt N Ziffer 1.2).

### 4.2 Gliedertaxe

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil

der genannten Invaliditätsgrade.

***Beispiel:** Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 70 %. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7 % (=ein Zehntel von 70 %).*

Körperteil	Wert
Eines Armes	70 %
Eines Armes bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Eines Armes unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Einer Hand	60 %
Eines Daumens	25 %
Eines Zeigefingers	15 %
Eines anderen Fingers	10 %
Eines Beines über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Eines Beines bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Eines Beines bis unterhalb des Knies	60 %
Eines Beines bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Eines Fußes	50 %
Einer großen Zehe	8 %
Einer anderen Zehe	5 %
Bei gänzlichem Verlust der Sehkraft eines Auges	50 %
Des Gehörs auf einem Ohr	35 %
Des Geruchsinn	10 %
Des Geschmacksinn	10 %
Der Stimme	100 %

#### 4.3 Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

#### 4.4 Minderung bei Vorinvalidität

Eine Vorinvalidität besteht, wenn betroffene Körperteile oder Sinnesorgane schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach Abschnitt B Ziffer 4.2 und Ziffer 4.3 bemessen.

Der Invaliditätsgrad mindert sich um diese Vorinvalidität.

***Beispiel:** Ist ein Arm vollständig funktionsunfähig, beträgt der Invaliditätsgrad 70 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7 % (=ein Zehntel von 70 %). Diese 7 % Vorinvalidität werden*

*abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 63 %.*

#### 4.5 Invaliditätsgrade bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Mehr als 100 % werden jedoch **nicht** berücksichtigt

*Beispiel: Durch einen Unfall ist ein Arm vollständig funktionsunfähig (70 %) und ein Bein zur Hälfte in seiner Funktion beeinträchtigt (35 %). Auch wenn die Addition der Invaliditätsgrade 105 % ergibt, ist die Invalidität auf 100 % begrenzt.*

### 5 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlt der Versicherer

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat, und danach
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird gezahlt,

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbarter Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
- bis zum Ende des Monats, in dem Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist.

Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre (Im Kindertarif 5 Jahre) ununterbrochen erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

## C Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

### 1 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

Die Bayerische leistet die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

#### 1.1 Voraussetzung für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer irreversiblen im Folgenden unter Abschnitt C Ziffer 1.2 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall.

Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist dem Versicherer durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

Der Versicherer ist berechtigt, die Leistungsvoraussetzungen durch ein fachärztliches

Gutachten klären zu lassen.

## 1.2 Bewertungsmaßstab

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

### a) Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems.

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

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

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

### b) Psychische Erkrankungen

Versichert sind alle psychischen Erkrankungen, die nach einer ärztlichen Prognose für mindestens zwölf Monate:

- Zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften vollständigen Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung und der Orientierung zur eigenen Person geführt haben

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder dem dauerhaften und vollständigen Verlust der Orientierung infolge einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Erkrankungen aus dem autistischen Formenkreis.

### c) Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

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

Eine dauerhafte erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer

- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV mit einer Erhöhung der BNP größer 35 pg/ml bzw. NT-pro-BNP (N-Terminales pro-B-Typ Natriuretisches Peptid) größer 125pg/ml

und wenn zusätzlich eines der folgenden Kriterien dauerhaft erfüllt ist:

- Ejektionsfraktion (EF) der linken Herzkammer (LVEF) < 30 %, oder
- schwere diastolische Funktionseinschränkung Stadium 3 oder 4 oder

- Hochgradige LVH (Vergrößerung linker Ventrikel) und/oder hochgradige LAE (Erweiterung linker Vorhof)

Die dauerhafte erhebliche Minderung der Pumpleistung muss irreversibel sein und auch durch Medikamente und/oder andere Therapiemaßnahmen (z. B. Implantation eines Herzschrittmachers) nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbessert werden.

Werden die Funktionswerte durch eine Herz-Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

d) Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gelten alle Nierenerkrankungen, die z. B. auf Grund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind.

Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- Glomeruläre Filtrationsrate GFR 40 ml/min/1,73 qm (CKD-EPI) nicht überschritten werden oder  
GFR  $\leq$  40 ml/min/1,73 qm
- die Albuminurie 300 mg/24h nicht unterschritten oder  
Albuminurie  $\geq$  300 mg/24h
- der Kreatininwert 4 mg/dl (350  $\mu$ mol/l) nicht unterschritten wird.  
Kreatininwert  $\geq$  4 mg/dl (350  $\mu$ mol/l)

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

e) Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung, die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert.

Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion (aktuelle gültige AWMF Leitlinien zur Spirometrie bzw. Langzeitsauerstofftherapie der zuständigen Fachgesellschaften) bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungen, wenn

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1)  $\leq$  40 % oder
- Vitalkapazität (VK)  $\leq$  40 % oder
- Arterielle Sauerstoffsättigung (PaO<sub>2</sub>)  $\leq$  55 mmHg ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der

Funktionsverminderung.

Werden die Funktionswerte durch eine Lungen-Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

f) Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert.

Die Funktion der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn im Zusammenhang mit der Leberschädigung mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites) sonographisch (im Ultraschall) nachweisbar
- Auftreten von wiederkehrenden Krampfadern oder Krampfaderblutungen in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt; im Serum)  $\geq 3,0$  mg/dl (51  $\mu$ mol/l)
- Albuminwert (im Serum)  $< 2,8$ g/dl (28g/l)
- Quickwert  $< 40$  % bzw. INR (International Normalized Ratio) größer 2,3

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

### 1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlt der Versicherer

- monatlich im Voraus
- rückwirkend ab dem Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzungen erstmal ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird gezahlt,

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbarter Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
- bis zum Ende des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen
- Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre (Im Kindertarif 5 Jahre) erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

## D Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten für Erwachsene

### 1 Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten)

Die Bayerische leistet die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

#### 1.1 Voraussetzung für die Leistung

Es tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit, nach der unter Abschnitt D Ziffer 1.2 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.

Der Versicherer ist berechtigt, die Leistungsvoraussetzungen durch ein fachärztliches Gutachten klären zu lassen.

#### 1.2 Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitsarten: A und B

Die Punktezahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

##### a) Grundfähigkeiten der Kategorie A

- sehen
- sprechen
- hören
- sich orientieren

Der Vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

##### 1) Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definitionen:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- nicht mehr als 1/50, oder
- nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder

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

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht mehr derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

## 2) Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

**Nicht** geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen. Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

## 3) Verlust des Hörvermögens (Taubheit)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person basierend auf folgender Definition auf beiden Ohren vollständig ertaubt sind:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel. Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

## 4) Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die betreffende Person nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren. Dieser Zustand muss dauerhaft irreversibel sein.

### **b) Grundfähigkeiten der Kategorie B**

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

## 1) Obere Extremitäten

### **Handfunktion (25 Punkte)**

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

### **Heben und Tragen (25 Punkte)**

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

### **Arme bewegen (25 Punkte)**

Es ist der versicherten Person nicht möglich, eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen. Das heißt: Es ist nicht möglich, nach hinten zu greifen, um einen Mantel oder eine Jacke mit jedem Arm anzuziehen.

„Nach hinten greifen“ bedeutet hierbei die nach oben und hinten sowie die nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Nackengriff und Schürzenbindegriff) beider Arme.

„Jacke oder Mantel“ bedeuten hierbei normale Kleidungsstücke mit Ärmeln.

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

## 2) Untere Extremitäten

### **Treppen steigen (30 Punkte\*)**

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18cm nicht überschreiten:

- Treppe hinauf gehen      **(\*15 Punkte)**
- Treppe hinunter gehen      **(\*15 Punkte)**

### **Nicht gehen können (30 Punkte)**

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

**Stehen (30 Punkte)**

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten ohne Unterbrechung stehen, ohne sich abzustützen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

**Knien und Bücken (30 Punkte)**

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

3) Wirbelsäule und Becken**Sitzen (20 Punkte)**

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren.

**Sich erheben (20 Punkte)**

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

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

**Beugen (30 Punkte)**

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

4) Mobilität**Auto fahren (30 Punkte)**

Aus medizinischen Gründen ist der versicherten Person die Fahrberechtigung entzogen worden. Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist ausgeschlossen.

Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse „B“ – Stand 2005 – (Alt: Führerscheinklasse III).

Berufskraftfahrberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung.

1.3 **Beginn und Dauer der Leistung**

Die Rente zahlt der Versicherer

- monatlich im Voraus
- rückwirkend ab dem Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzungen erstmal ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate

rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird gezahlt,

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbarter Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder

bis zum Ende des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

## **E Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten für Kinder**

### **1 Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten)**

Die Bayerische leistet die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

#### **1.1 Voraussetzung für die Leistung**

Es tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit, nach der unter Abschnitt E Ziffer 1.2 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.

Der Versicherer ist berechtigt, die Leistungsvoraussetzungen durch ein fachärztliches Gutachten klären zu lassen.

#### **1.2 Bewertungsmaßstab**

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitsarten: A und B

Die Punktezahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

##### **a) Grundfähigkeiten der Kategorie A**

- sehen
- sprechen
- hören

Der Vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

1) Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definitionen:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

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

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht mehr derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

2) Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

**Nicht** geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen. Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3) Verlust des Hörvermögens (Taubheit)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person basierend auf folgender Definition auf beiden Ohren vollständig ertaubt sind:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel. Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

**b) Grundfähigkeiten der Kategorie B**

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind.

Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

**1) Obere Extremitäten****Handfunktion (25 Punkte)**

- Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Mal-/Schreibstift zu benutzen. Für die unterschiedlichen Altersklassen bedeutet dies, 4-11 Jährige einen Strich zu malen und für 12-18 Jährige einen Kreis zu malen oder
- weder mit der rechten noch mit linken Hand 2 Bauklötze aufeinander zu stapeln (maximale Größe der Bauklötze 60x30x15mm sollte nicht überschritten werden) oder
- weder mit der rechten noch mit der linken Hand kleine Teile, wie z. B. eine Murmel oder eine Perle vom Boden oder einer Tischplatte aufzunehmen und in einen Becher oder eine Schale zu legen oder
- weder mit der rechten noch mit der linken Hand selbstständig einen kompletten Faustschluss auszuführen.

**Heben und Tragen (25 Punkte)**

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

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm einen schweren Gegenstand

bei 4-11-jährigen:

- einen 1 kg schweren Gegenstand von der Sitzfläche eines Stuhls

bei 12-18-jährigen:

- einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5m wegzutragen

**Arme bewegen (25 Punkte)**

Bei 4–11-jährigen:

Die versicherte Person kann einen Ball nicht mehr mit beiden Händen gleichzeitig über den Kopf, wie beim Einwurf beim Fußballspiel, werfen (Prüfung des Nackengriffes) und kann den Ball nicht mehr mit beiden Händen hinter dem Rücken verstecken (Prüfung des Schürzengriffes).

Bei 12-18-jährigen:

Es ist der versicherten Person nicht mehr möglich eine Jacke oder einen Mantel ohne Hilfestellung anzuziehen.

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

„Nach hinten greifen“ ist gleichbedeutend mit Schürzen- und Nackengriff beider Arme (Schürzengriff: Armbewegung nach unten-hinten; Nackengriff: Armbewegung nach oben-hinten).

Jacke/Mantel bedeutet normales Kleidungsstück mit Ärmeln.

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

## 2) Untere Extremitäten

### **Treppen steigen (15 Punkte\*)**

- bei 4–11-jährigen mit 4 Stufen
- bei 12–18-jährigen mit 12 Stufen

nicht hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18cm nicht überschreiten.

### **Nicht gehen können (30 Punkte)**

Bei 4–11-jährigen:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage 2 Hüpfer/Schlussprünge zu machen.

Verordnete Hilfsmittel, wie z. B. Orthesen müssen benutzt werden.

„Hüpfer/Schlussprung“ bedeutet, gleichzeitiger Absprung von beiden Beinen und gleichzeitiger Landung auf beiden Beinen.

Bei 12-18-jährigen:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 Meter über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen. Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 10 Minuten betragen.

Verordnete Hilfsmittel, wie z. B. Orthesen müssen benutzt werden.

### **Stehen (30 Punkte)**

Bei 4–11-jährigen:

Die versicherte Person kann weder auf dem rechten noch auf dem linken Bein einbeinig 2 Sekunden stehen, ohne sich abzustützen, hinzuknien oder zu

setzen.

Verordnete Hilfsmittel, wie z. B. Orthesen müssen benutzt werden.

Bei 12-18-jährigen:

Die versicherte Person kann keine 5 Minuten auf beiden Beinen stehen, ohne sich abzustützen, hinzuknien oder zu setzen.

Verordnete Hilfsmittel, wie z. B. Orthesen müssen benutzt werden.

### **Knien und Bücken (30 Punkte)**

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

## 3) Wirbelsäule und Becken

### **Sitzen (20 Punkte)**

Bei 4–11-jährigen:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage 2 Minuten auf einen Hocker zu sitzen.

Bei 12-18-jährigen:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage 5 Minuten auf einen Hocker zu sitzen.

„Hocker“ bedeutet ein Sitzmöbel ohne Rücken- und Armlehnen. Die Füße müssen jeweils beim Sitzen den Boden berühren.

### **Sich erheben (20 Punkte)**

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

„Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet:

Ohne die Armlehnen des Stuhls zu gebrauchen und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände.

### **Beugen (30 Punkte)**

Bei 4–6-jährigen:

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

Ab 7 Jahre:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2kg Gewicht vom Boden aufzunehmen und auf einem 1 Meter hohen Tisch

abzusetzen.

### 1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlt der Versicherer

- monatlich im Voraus
- rückwirkend ab dem Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzungen erstmal ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird gezahlt,

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbarter Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
- bis zum Ende des Monats, in dem eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

## F Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

### 1 Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten)

Der Versicherer leistet die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

#### 1.1 Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person wird während der Vertragslaufzeit aufgrund eines Unfalls oder einer Krankheit nach a) oder b) pflegebedürftig.

Geleistet wird ab schwerer Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder Fähigkeiten nach § 15 SGB XI (Stand 01.01.2018)

- a) Die versicherte Person wird während der Vertragslaufzeit durch den medizinischen Dienst der öffentlichen oder privaten Krankenkassen in einen Pflegegrad der Pflegegrade 3 – 5 eingestuft.
- Pflegebedürftige des Pflegegrad 3 sind Personen mit schweren Beeinträchtigungen.
  - Pflegebedürftige des Pflegegrad 4 sind Personen mit schwersten Beeinträchtigungen.
  - Pflegebedürftige des Pflegegrad 5 sind Personen mit schwersten Beeinträchtigungen und besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- b) Die versicherte Person ist für sechs Monate ununterbrochen, mindesten im

Umfang von zwei Pflegepunkten pflegebedürftige gewesen und deswegen täglich gepflegt worden.

Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalles sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person.

Bei der Bewertung wird die nachstehende Pfl egetabelle zugrunde gelegt.

#### **Fortbewegen im Zimmer (1 Punkt)**

Hilfsbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhles – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewohnten Aufenthaltsort auf ebener Fläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

#### **Aufstehen und Zubettgehen (1 Punkt)**

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

#### **An- und Auskleiden (1 Punkt)**

Hilfsbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person

- auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung
- sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

#### **Einnehmen von Mahlzeiten oder Getränken (1 Punkt)**

Hilfsbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei der Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

#### **Waschen (1 Punkt)**

Hilfsbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenlift – sich nicht ohne fremde Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewährt bleibt.

Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen gilt **nicht** als Hilfsbedarf

#### **Verrichten der Notdurft (1 Punkt)**

Hilfsbedarf 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.

Die Leistung wird auch dann erbracht, wenn der Versicherungsnehmer seinen Hauptwohnsitz im Ausland hat.

## 1.2 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlt der Versicherer

- monatlich im Voraus
- rückwirkend ab dem Beginn des Monats, in dem die Voraussetzungen für einen Pflegegrad nach Abschnitt F Ziffer 1.1.a) oder b) vorliegen.

Die Rente wird gezahlt,

- bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die **versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet** (bei vereinbarter Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- bis zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt oder
- bis zum Ende des Monats, in dem keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von Abschnitt F Ziffer 1.1. a) oder b) mehr besteht.

Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, (im Kindertarif 5 Jahre) so wird sie auch dann weitergezahlt, wenn der Pflegebedürftigkeit nach dieser Frist entfallen ist.

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Pflegebedürftigkeit unverzüglich zu melden.

## 1.3 Vorerkrankung

In Abänderung von Abschnitt I werden Vorerkrankungen nicht angerechnet

# G Allgemeiner Teil

## 1 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung

Der Versicherer leistet die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

### 1.1 Voraussetzungen für die Leistung

Als Leistungsfall gilt der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne **Tumoren**).

Ein bösartiger Tumor liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt.

**Ausgeschlossen sind:**

- alle Carcinoma-in-situ (CIS/TIS)
- Gebärmutterhalsdysplasien CIN-1, CIN-2, CIN-3
- sowie alle Hautkrebserkrankungen der Stadien I und II entsprechend der Definition der aktuell gültigen „TNM Classification of Malignant Tumours“, der International Union Against Cancer (UICC)

Der Versicherer ist berechtigt, die Leistungsvoraussetzungen durch ein fachärztliches

Gutachten klären zu lassen.

## 1.2 Bewertungsmaßstab

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

Als Krebserkrankungen im Sinne der Abschnitt G Ziffer 1.1 gelten solche Erkrankungen die entsprechend der Definition der aktuell gültigen „TNM Classification of Malignant Tumours“, der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV) sind.

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen im Sinne von Abschnitt G Ziffer 1.1 berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der aktuell gültigen WHO (World Health Organisation) Klassifikation der Tumoren des zentralen Nervensystems (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ 1 bis 4 eingeteilt.

### b) Lymphknotenkrebs

Als Leistungsfall gilt unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknotenkrebserkrankung. Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Lymphsystems einschließlich Lymphome und Morbus Hodgkin.

Die Krebserkrankungen der Lymphknoten werden je nach Ausprägung in 4 Stadien eingeteilt.

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion oder ein einziger lokalisierter Befall außerhalb des lymphatischen Systems
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells oder lokalisierter Befall außerhalb des lymphatischen Systems und von Lymphknotenregionen auf der gleichen Seite des Zwerchfells
- Stadium 3: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen bzw. von Organen außerhalb des lymphatischen Systems auf beiden Seiten des Zwerchfells
- Stadium 4: Nicht lokaler begrenzter, diffuser Befall einer oder mehrere Organe außerhalb des lymphatischen Systems (z. B. Leber, Knochenmark)

### c) Blutkrebs

Als Leistungsfall gilt unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Blutkrebserkrankung. Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe einschließlich Leukämie.

Die Krebserkrankungen des Blutes, einschließlich Leukämie, werden je nach Ausprägung in 2 Schweregrade aufgeteilt.

- Schweregrad I: Blutkrebserkrankung ohne Stammzell- und/oder Knochenmark-Transplantation
- Schweregrad II: Blutkrebserkrankung mit Stammzell- und/oder Knochenmark-Transplantation

d) Andere Krebserkrankungen

Krebserkrankungen im Sinne von Abschnitt G Ziffer 1.1 die nicht in Stadien und/oder Schweregrade entsprechend Abschnitt G Ziffer 1.2 a), 1.2 b) oder 1.2 c) eingeteilt sind, werden nach der Organrente (Abschnitt C Ziffer 1), der Grundfähigkeitenrente (Abschnitt D Ziffer 1 und Abschnitt E Ziffer 1) oder der Pflegerente (Abschnitt F Ziffer 1) berücksichtigt.

### 1.3 Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlt der Versicherer

- monatlich im Voraus
- rückwirkend ab dem Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzungen erstmal ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer.

Die Rente wird gezahlt, bei einer Krebserkrankung im Stadium/Grad:

- I/1 für die Dauer von max. 6 Monaten,
- II/2 für die Dauer von max. 12 Monaten
- III/3 für die Dauer von max. 36 Monaten
- IV/4 für die Dauer von max. 60 Monaten

Blutkrebserkrankung:

Die Rente wird gezahlt, bei einer Blutkrebserkrankung einschließlich Leukämie im Schweregrad:

- I für die Dauer von max. 24 Monaten,
- II für die Dauer von max. 48 Monaten.

Die Rentenzahlung endet

- mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet (bei vereinbarter Tarifvariante Leistungsbezug bis 67) oder
- zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt

### 1.4 Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

a) Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung

Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Stadiums, Grades oder Schweregrades auf, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend des neuen Stadiums. Bereits gezahlte Rentenzahlungszeiträume werden angerechnet.

b) Wiederauftreten einer Krebserkrankung

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

gezahlte Rentenzahlungszeiträume auf die Dauer des Leistungsanspruchs angerechnet.

c) Auftreten einer weiteren Krebserkrankung

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

d) Erfüllen der Kriterien von anderen Leistungsarten

Sind bei einer Krebserkrankung zugleich die Voraussetzungen der Organrente (Abschnitt C Ziffer 1), der Grundfähigkeitenrente (Abschnitt D Ziffer 1 und Abschnitt E Ziffer 1), oder der Pflegerente (Abschnitt F Ziffer 1) erfüllt, so wird die Rentenleistung nach den Regelungen der Organrente, der Grundfähigkeitenrente oder der Pflegerente erbracht.

## H Weitere Bestimmungen

### 1 Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung

Der Versicherungsnehmer kann unter den nachfolgenden Voraussetzungen einmalig, ohne erneute Risikoprüfung, die versicherte monatliche Rente erhöhen, sofern diese Erhöhung nicht mehr als 25 % (jedoch max. 500 €) der bislang versicherten monatlichen Rente beträgt (Erhöhungsgarantie).

- bei Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z. B. Heiratsurkunde) einzureichen
- bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;
- bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen
- bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z. B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen
- bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken durch die versicherte Person, als Nachweis ist eine amtlicher Grundbuchauszug einzureichen

#### 1.1 Voraussetzungen für die Erhöhung

Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,

- dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist;
- dass der zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien festgelegte

Höchstrentenbetrag noch nicht erreicht ist

- dass der Leistungsfall im Sinne von Abschnitt B Ziffer – Abschnitt G noch nicht eingetreten ist (d.h. es dürfen keine Leistungen erbracht werden);
- dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

## 1.2 Beitrag

Der zusätzlich zu zahlende Beitrag richtet sich nach dem zum Zeitpunkt der Erhöhung erreichten Alter.

Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

## 1.3 Höchstgrenzen

Sofern durch die Erhöhung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden.

## 2 Bedingungsanpassung

Diese Versicherungsbedingungen kann der Versicherer auch nachträglich

- a) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen, oder
- b) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, oder
- c) bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, durch neue Regelungen ersetzen, wenn die Änderung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für den Versicherungsnehmer oder den Versicherer auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.

Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragsziels der Versicherungsnehmer der Multi PROTECT angemessen berücksichtigt. Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem dem Versicherungsnehmer die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

## 3 Innovationsklausel

Werden die dem Vertrag zu Grunde liegenden besonderen Bedingungen zur Multi PROTECT oder die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrbeitrag geändert (Bedingungsverbesserung), so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung

auch für diesen Vertrag.

## I Mitwirkung und Wartezeit

### 1 Mitwirkung

Treffen Unfallfolgen mit Krankheiten oder Gebrechen zusammen, gilt Folgendes:

Entsprechend dem Umfang, in dem Krankheiten oder Gebrechen an der Gesundheitsschädigung oder ihren Folgen mitgewirkt haben (Mitwirkungsanteil), mindert sich

- bei der Leistungsart Rentenleistung durch Unfall der Prozentsatz des Invaliditätsgrads

*Beispiel: Nach einer Beinverletzung besteht ein Invaliditätsgrad von 10 %. Dabei hat eine Rheumaerkrankung zu 50 % mitgewirkt. Der unfallbedingte Invaliditätsgrad beträgt daher 5 %.*

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 50 % nimmt der Versicherer keine Minderung vor.

### 2 Wartezeit

Für die Leistungsarten

- Organrente,
- Grundfähigkeitenrente
- Pflegerente und
- Krebsrente

gilt eine Wartezeit von 6 Monaten.

Die Wartezeit entfällt, wenn ein Leistungsanspruch durch eine Unfallereignis verursacht wurde.

Für Leistungsansprüche aufgrund Multiple Sklerose erhöht sich die Wartezeit auf 12 Monate.

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

#### 2.1 Beginn und Ende der Wartezeit

Für die Leistungsarten Organrente, Pflegerente, Grundfähigkeitenrente und Krebsrente gilt:

Liegt

- der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder
- der Zeitpunkt der Diagnosestellung von Erkrankungen

innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht mitversichert.

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

## J Was ist nicht versichert

### 1 Ausschlüsse

Für alle fünf Leistungsarten gelten folgende Ausschlüsse

#### 1.1 Allgemeine Ausschlüsse

Kein Versicherungsschutz besteht für:

##### a) Straftaten

Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat zustoßen.

##### b) Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind. Hierzu zählen insbesondere auch:

Beeinträchtigungen die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs-, Bürgerkriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat, verursacht sind.

##### Ausnahme:

Durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse; bei Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland wird der Versicherer jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten vierzehn Tage nach Ausbruch des Krieges oder Bürgerkrieges ereignen. Dies gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht;

In diesen Fällen gilt der Ausschluss **nicht**.

Der Versicherungsschutz erlischt dann am Ende des vierzehnten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staats, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Diese Ausnahme gilt **nicht**

- Bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht,
- Für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg

- Für Unfälle durch atomare, biologische oder chemische Waffen

In diesen Fällen gilt der Ausschluss.

### **c) Reisewarnung**

Anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat.

### **d) Luftfahrt**

Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten der versicherten Person

- als Führer eines Luftfahrzeugs oder Luftsportgerätes, soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt

Beispiel: Gleitschirm- oder Drachenflieger

#### Ausnahme:

Für Berufliche Tätigkeiten gemäß Abschnitt I Ziffer 2 besteht für alle fünf Leistungsarten weiterhin Versicherungsschutz.

Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie die ausgeschlossenen beruflichen Tätigkeiten in Abschnitt H Ziffer 2.1 (z. B. Testpilot und Flugversuchspilot)

### **e) Rennen mit Motorfahrzeugen**

Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten der versicherten Person durch die Teilnahme an Rennen mit Motorfahrzeugen.

Teilnehmer ist jeder Fahrer, Beifahrer oder Insasse des Motorfahrzeugs.

Rennen sind solche Wettfahrten oder dazugehörige Übungsfahrten, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

#### Ausnahme:

- Der Unfall wurde durch eine Fahrt auf einer öffentlichen Kartbahn in Deutschland verursacht,
- die Veranstaltung hatte reinen Freizeitcharakter, und
- die versicherte Person ist kein Berufs-, Lizenz- oder Vertragssportler, Vertragsamateur oder Vereinsmitglied im Bereich Motorsport.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

### **f) Kernenergie**

Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, wird der Versicherer jedoch

leisten.

## 1.2 Ausgeschlossene Gesundheitsschäden

Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Gesundheitsschäden:

### a) Herbeiführung von Krankheiten

Durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn dem Versicherer jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, wird der Versicherer leisten;

### b) Bewusstseinsstörungen und Schlaganfälle

Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, der versicherten Person durch Bewusstseinsstörungen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn die versicherte Person in ihrer Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt ist, dass sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen ist.

Ursachen für die Bewusstseinsstörung können sein

- eine gesundheitliche Beeinträchtigung,
- Konsum von Drogen oder sonstigen Mitteln, die das Bewusstsein beeinträchtigen

Beispiel: Die versicherte Person

- stürzt infolge einer Kreislaufstörung die Treppe hinunter.
- Balanciert aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzt ab.

Ausnahme:

Die Bewusstseinsstörung oder der Anfall wurde durch ein Unfallereignis nach Ziffer 1.3 verursacht, für das nach diesem Vertrag Versicherungsschutz besteht.

In diesen Fällen gilt der Ausschluss **nicht**.

Auch Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen sind versichert, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten betreffen, hervorgerufen werden.

### c) Strahlen

Gesundheitsschäden durch Strahlen. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, wird der Versicherer jedoch leisten.

Für Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100-Elektronen-Volt sowie Laser- und Maserstrahlen, gilt der Ausschluss nicht.

#### **d) Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper**

Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person. Als Heilmaßnahmen oder Eingriffe gelten auch strahlendiagnostische und strahlentherapeutische Handlungen.

##### Ausnahme:

- Die Heilmaßnahmen oder Eingriffe waren durch einen Unfall veranlasst, und
- Für diesen Unfall besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht

*Beispiel: Die versicherte Person erleidet einen Unfall und lässt die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen.*

#### **e) Infektionen**

##### Ausnahme:

Die versicherte Person infiziert sich

- mit Tollwut oder Wundstarrkrampf
- mit anderen Krankheitserregern, die durch nicht nur geringfügige Unfallverletzungen in den Körper gelangten. Geringfügig sind Unfallverletzungen, die ohne die Infektion und ihre Folgen keiner ärztlichen Behandlung bedürfen.
- durch einen Zeckenstich mit FSME
- durch solche Heilmaßnahmen oder Eingriffe, für die ausnahmsweise Versicherungsschutz besteht (Abschnitt J Ziffer 1.2 d)

In diesem Fall gilt der Ausschluss **nicht**.

#### **f) Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund**

Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund (Eingang der Speiseröhre).

##### Ausnahme:

Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt des Unfalls das 14. Lebensjahr noch nicht vollendet.

In diesem Fall gilt der Ausschluss nicht.

#### **g) Bauch und Unterleibsbrüche**

Bauch- oder Unterleibsbrüche

##### Ausnahme:

- sie sind durch eine gewaltsame, von außen kommende Einwirkung entstanden, und
- für die Einwirkung besteht Versicherungsschutz nach diesem Vertrag

In diesem Fall gilt der Ausschluss **nicht**.

## **K Altersgruppentarif und Änderung Berufstätigkeit**

### **1 Umstellung des Kindertarifs**

Nach Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das Kind das 18. Lebensjahr vollendet, stellt der Versicherer die Versicherung auf den bei Abschluss des Vertrags gültigen Erwachsenentarif um.

Ab dem genannten Zeitpunkt wird der Vertrag unter Geltung der Bedingungen für Erwachsene fortgeführt, sofern bei Antragsstellung die Risikoprüfung (Gesundheitsprüfung) der bei Vertragsschluss minderjährigen versicherten Person zu keinen Einschränkungen (Ausschluss, Risikozuschlag) geführt hat.

Andernfalls behält sich der Versicherer vor, die Vertragsfortführung vom Ergebnis einer erneuten Risikoprüfung abhängig zu machen.

Wurde an die minderjährige versicherte Person eine Leistung gemäß Abschnitt B – G erbracht, so kann der Vertrag nur dann auf die Bedingungen für Erwachsene (MPE) übergehen, sofern vorab eine Risikoprüfung (Gesundheitsprüfung) durchgeführt wurde, deren Ergebnis eine Vertragsfortsetzung, auch zu anderen Bedingungen, zulässt.

Kann der Vertrag nach dem Ergebnis einer durchgeführten Risikoprüfung nur mit Einschränkungen (zum Bsp. Ausschluss, Risikozuschlag) fortgeführt werden, so werden diese veränderten Umstände im Falle der Fortführung Vertragsbestandteil. Auf Ihr Kündigungsrecht nach Abschnitt O Ziffer 2 weisen wir hin.

### **2 Altersgruppentarif**

Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrerer Alter umfassen. Als erreichtes Alter gilt der Unterschied zwischen dem laufenden Kalenderjahr und dem Geburtsjahr der versicherten Person. Erreicht die versicherte Person zu Beginn des nächsten Kalenderjahres das erste Alter der jeweils folgenden Beitragsgruppe, ist ab Beginn des neuen Versicherungsjahres der für diese Beitragsgruppe geltende Beitrag zu zahlen.

Bei Erhöhung des sich aus dem Tarif ergebenden Beitrages ist der Versicherer berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge den Beitrag mit Wirkung vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an bis zu Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben.

### **3 Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung**

Die Höhe des Beitrags hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab.

Grundlage für die Bemessung des Beitrags ist das für den Vertrag geltende

Berufsgruppenverzeichnis.

### 3.1 Nicht versicherbare Berufe

Nicht versichert sind Beeinträchtigungen bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten: Akrobat, Artist, Bergungstaucher, Bergführer, Bergsteiger, Berufsfeuerwehreute, Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten), Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler, Bohrschichtführer, Boxer, Dompteur, Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot, Forschungstaucher, Mitglieder von U-Boot-Besatzungen, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Radrennfahrer, Schießmeister, Sprengmeister/-beauftragter/-berechtigter/-hauer/-macher, Stückenschießer (Bergbau), Rennfahrer im Bereich Motorsport (z. B. Formel 1 oder Motorradfahrer), Spezialeinsatzkommandos, Stuntman, Testfahrer, Testpilot, Tierbändiger, Trapezkünstler, Versuchsfahrer und Werksfahrer.

### 3.2 Mitteilung der Änderung

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person muss dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Freiwilliger Wehrdienst, militärische Reserveübungen und befristete freiwillige soziale Dienste (z. B. Bundesfreiwilligendienst) fallen nicht darunter.

Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme nicht ein, sofern der Versicherer für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewährt.

### 3.3 Auswirkung der Änderung

Die Beitragsberichtigung bzw. Verrechnung erfolgt nachträglich, und zwar vom Zeitpunkt der Veränderung an. Ergibt sich für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person ein niedrigerer Beitrag, so ist vom Zeitpunkt der Änderung an nur der niedrigere Beitrag zu zahlen, sofern uns die Änderungsanzeige innerhalb von zwei Monaten zugeht. Andersfalls ermäßigt sich der Beitrag erst ab dem Zugang der Änderungsanzeige.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald die Mitteilung dem Versicherer zugeht, spätestens nach Ablauf von zwei Monaten ab der Änderung.

Auf Wunsch wird der Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhtem oder gesenktem Beitrag weitergeführt, sobald die Mitteilung dem Versicherer zugeht. Die tariflich geltenden Mindestsummen können jedoch nicht unterschritten werden.

### 3.4 Sondergefahren

Ergeben sich im Rahmen der im Antrag genannten Tätigkeit ausnahmsweise Sondergefahren, so besteht hierfür Versicherungsschutz, wenn die Sondergefahr vorübergehender bzw. kurzfristiger Natur - also kein Dauerzustand - ist.

## L Rentenleistung

### 1 Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum der erstmaligen ärztlichen Feststellung der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung gemäß Leistungsart Abschnitt B Ziffer 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

### 2 Höhe der Rentenleistung

Der Versicherer zahlt die Rente in Höhe der vereinbarten Rentensumme. Wählbar sind Renten von 500 bis 3.000 € in ganzen Hunderterschritten.

### 3 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

#### 3.1 Benachrichtigung

Die versicherte Person muss den Versicherer unverzüglich (Ausgenommen Abschnitt B Ziffer 3.3) benachrichtigen, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte und muss umgehend einen Arzt aufsuchen. Wenn die versicherte Person dem Versicherer eine Beeinträchtigung nicht zeitnah meldet oder nicht umgehend einen Arzt aufsucht, kann dies Nachteile bei der Leistungsentscheidung zur Folge haben, da dem Versicherer gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

#### 3.2 Einreichung von Unterlagen, Übernahme von Gebühren

Dem Versicherer ist eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer in voller Höhe.

#### 3.3 Auskünfte

Der Versicherer kann außerdem auf seine Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch beauftragte Personen verlangen.

Sie oder die versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte, Krankenhäuser und weitere Institutionen (wie z. B. Reha-Einrichtungen, Physiotherapiepraxen, Heilpraktiker) bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Pflegeheime, Pflegepersonen, Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen (vgl. Ziffer 3.5). Ansonsten kann die versicherte

Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen.

Des Weiteren kann der Versicherer auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

### 3.4 Prüfung der Leistungspflicht

Der Versicherer ist verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfallles kann auf Grund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden.

Der Versicherungsnehmer kann allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann auf Grund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernimmt der Versicherer einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.

### 3.5 Schweigepflichtentbindung

Die versicherte Person hat die Möglichkeit, die Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen, einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten kann der Versicherer eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht ihm frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

### 3.6 Ort der Feststellung

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, kann der Versicherer verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind vom Versicherungsnehmer zu zahlen.

### 3.7 Sprache

Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

## 4 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

### 4.1 Mitteilungspflichten

Eine Minderung oder ein Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden.

### 4.2 Überprüfung der Leistungspflicht (ausgenommen Krebs- und Pflegerente)

Während der Dauer der Leistungspflicht ist der Versicherer auf eigene Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb der Reaktivierungsfrist von 3 Jahren (Kindertarif 5 Jahre) ab Zahlung der ersten Monatsrente. Dazu kann der Versicherer jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der

versicherten Person durch von dem Versicherer beauftragte Ärzte verlangen.

Abschnitt L Ziffer 3.3, Ziffer 3.4, Ziffer 3.5 und Ziffer 3.6 gelten entsprechend.

#### **4.3 Überprüfung der Lebhaftigkeit**

Der Versicherer ist zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

#### **4.4 Überweisung und Verfügungsbereich**

Der Versicherer überweist die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern der Versicherer auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen soll, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

### **5 Folgen bei der Verletzung von Pflichten**

Solange eine Mitwirkungspflicht nach Abschnitt L Ziffern 3 – 4 von dem Versicherungsnehmer oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, ist der Versicherer von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht ist der Versicherer berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das gilt nicht, wenn die versicherte Person dem Versicherer nachweist, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, ist der Versicherer ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn der Versicherer der versicherten Person durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

### **6 Planmäßige Erhöhung der vereinbarten Rentenleistung (sofern vereinbart)**

Die Summendynamik gemäß Ziffer 6.1 und die Leistungsdynamik gemäß Ziffer 6.2 sind nur dann Vertragsbestandteil, wenn dies ausdrücklich vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert ist.

#### **6.1 Planmäßige Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrags (Summendynamik)**

- a) Die für die Rentenleistung vereinbarte Versicherungssumme wird jährlich um den im Versicherungsschein angegebenen Prozentsatz erhöht. Die Versicherungssumme wird auf volle Euro aufgerundet.
- b) Für den Betrag, um den sich die Versicherungssumme erhöht, wird nach dem dann gültigen Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend dem Alter der jeweiligen versicherten Person berechnet. Ab dem Jahr, in welchem die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat, ist keine Summendynamik mehr möglich.

- c) Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- d) Die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssumme und Beitrag nach Ziffer 6.1 endet (ruht) automatisch für die jeweilige versicherte Person, sobald die Versicherungssumme den Höchstrentenbetrag von 5.000 € erreicht hat. Die Leistungsdynamik gemäß Ziffer 6.2 ist hiervon nicht betroffen und gilt unverändert weiter.
- e) Der Versicherungsnehmer wird spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags über die erhöhte Versicherungssumme unterrichtet. Über die neue Versicherungssumme erhält der Versicherungsnehmer einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
- f) Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn der Versicherungsnehmer ihr innerhalb eines Monats nach dem Erhöhungstermin in Textform (z. B. E-Mail, Fax oder Brief) widerspricht oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlt. Hat der Versicherungsnehmer mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit kein Gebrauch gemacht, so erlischt das Recht auf weitere Erhöhungen. Es kann jedoch neu beantragt werden.

## 6.2 Planmäßige Erhöhung der Rentenleistung (Leistungsdynamik)

Wenn die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart wurde, steigt die versicherte monatliche Rente jährlich um 1,5 % jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres; erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Multi PROTECT auf volle Euro aufgerundet.

## 7 Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

Die Erklärungen und Mitteilungen werden, die den Leistungsfall betreffen dem Versicherer gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und dem Versicherer zugegangen sind.

# M Der Leistungsfall

## 1 Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten) ?

Die Fristen und sonstigen Voraussetzungen für die einzelnen Leistungsarten sind in Abschnitt B, Abschnitt C, Abschnitt D, Abschnitt E, Abschnitt F, Abschnitt G geregelt.

Im Folgenden werden die Verhaltensregeln (Obliegenheiten) beschrieben. Diese Verhaltensregeln müssen von der versicherte Person nach einem Unfall beachtet werden, denn ohne die Mithilfe kann der Versicherer die Leistung nicht erbringen.

- a) Nach einem Unfall, der voraussichtlich zu einer Leistung führt, muss die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anweisungen befolgen und den Versicherer unterrichten.

- b) Sämtliche Angaben, müssen wahrheitsgemäß, vollständig und unverzüglich erteilt werden.
- c) Der Versicherer beauftragt Ärzte, falls dies für die Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten muss sich die versicherte Person untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten und den Verdienstausschlag, der durch die Untersuchung entsteht, trägt der Versicherer.
- d) Für die Prüfung der Leistungspflicht werden möglicherweise Auskünfte von
- Ärzten, die die versicherte Person vor oder nach dem Unfall behandelt oder untersucht haben
  - Anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden
- benötigt.

Die versicherte Person muss es dem Versicherer ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu kann die versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, dem Versicherer die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten kann die versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und dem Versicherer zur Verfügung stellen.

### 1.1 Geringfügige Unfallfolgen

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder zunächst nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn die versicherte Person erst dann einen Arzt hinzuzieht und uns unterrichtet, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

Die ärztlichen Anordnungen sind zu befolgen. Die versicherte Person ist jedoch nicht verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.

### 1.2 Versehensklausel

Unterbleibt die Anzeige, bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit gem. Abschnitt M Ziffer 1 versehentlich, so beeinträchtigt das die Leistungspflicht des Versicherers nicht, wenn Sie oder die versicherte Person nachweisen, dass es sich hierbei nur um ein Versehen handelt und der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit unverzüglich erfüllt haben.

### 1.3 Schadenminderungspflicht

Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen.

### 1.4 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person eine der genannten Obliegenheiten vorsätzlich verletzt, geht der Versicherungsschutz verloren.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit ist der Versicherer berechtigt, die

Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnisses zu kürzen.

Beides gilt nur, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen hat.

Weist der Versicherungsnehmer nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn der Versicherungsnehmer oder die versicherte Person die Obliegenheit arglistig verletzt hat.

## **N Wann sind die Leistungen fällig ?**

Der Versicherer prüft nach Eingang der eingereichten sowie der beigezogenen Unterlagen in Textform (z. B. Papierform oder E-Mail), ob und für welchen Zeitraum eine Leistungspflicht anerkannt wird. Die Leistungen werden erbracht, nachdem der Versicherer die Erhebungen abgeschlossen hat, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistungspflicht notwendig sind. Dazu gilt folgendes:

### **1 Erklärung über die Leistungspflicht**

Der Versicherer ist verpflichtet, innerhalb eines Monats in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang die Leistungspflicht anerkannt wird. Die Frist hierfür beträgt drei Monate.

Die Fristen beginnen, sobald dem Versicherer folgende Unterlagen zugehen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen.
- Bei Unfallrente zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit dies für die Bemessung des Invaliditätsgrads notwendig ist.
- Nachweis der Erkrankung oder Dauerhaften Beeinträchtigung gemäß Abschnitt C, Abschnitt D, Abschnitt E, Abschnitt F und Abschnitt G

Die Verhaltensregeln nach Abschnitt M Ziffer 1 müssen beachtet werden.

Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer

#### **1.1 Fälligkeit der Leistung**

Erkennt der Versicherer den Anspruch an oder haben sich die Vertragsparteien über Grund und Höhe geeinigt, leistet der Versicherer innerhalb von zwei Wochen.

## 1.2 Neubemessung des Invaliditätsgrads

Nach der Bemessung des Invaliditätsgrads können sich Veränderungen des Gesundheitszustands ergeben.

Der Versicherungsnehmer und der Versicherer sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich erneut ärztlich bemessen zu lassen. Dieses Recht steht dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer bis zu 3 Jahren nach dem Unfall zu. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre.

Wenn der Versicherer eine Neubemessung wünscht, teilt er dies zusammen mit der Erklärung über die Leistungspflicht mit.

Wenn der Versicherungsnehmer eine Neubemessung wünscht, muss dies vor Ablauf der Frist mitgeteilt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine niedrigere Invaliditätsleistung, als der Versicherer bereits gezahlt hat, wird der überzahlte Betrag zurück gefordert.

## O Die Vertragsdauer

### 1 Wann beginnt und endet der Vertrag?

#### 1.1 Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass der erste oder den einmaligen Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins bezahlt ist.

#### 1.2 Dauer und Ende des Versicherungsschutzes

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

##### **Stillschweigende Verlängerung**

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird.

Kündigen kann nur der Versicherungsnehmer gemäß Ziffer 2.2. Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit zugehen. Das Kündigungsrecht des Versicherers bestimmt sich nach Ziffer 2.3.

### 2 Ende des Vertrages

#### 2.1 Grundsätzliches

Der Vertrag endet ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

#### 2.2 Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag zum

vorgesehenen Zeitpunkt, ohne dass es einer Kündigung bedarf.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Versicherungsnehmer den Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauffolgenden Jahres kündigen. Die Kündigung muss dem Versicherer spätestens drei Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugehen.

### 2.3 Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

Das Kündigungsrecht des Versicherers ist ausgeschlossen. Der Rücktritt oder die Kündigung nach Abschnitt P Ziffer 1.1 und 1.2 (Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags), Abschnitt Q Ziffer 2 (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Abschnitt M Ziffer 1 (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind jedoch von dem oben genannten Ausschluss nicht betroffen und bleiben daher als Recht für den Versicherer bestehen.

### 2.4 Versicherungsjahr

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate.

#### Ausnahme:

Besteht die vereinbarte Vertragsdauer nicht aus ganzen Jahren, wird das erste Versicherungsjahr entsprechend verkürzt. Die folgenden Versicherungsjahre bis zum vereinbarten Vertragsablauf sind jeweils ganze Jahre.

*Beispiel: Bei einer Vertragsdauer von 15 Monaten beträgt das erste Versicherungsjahr 3 Monate, das folgende Versicherungsjahr 12 Monate.*

## P Der Versicherungsbeitrag

### 1 Was ist bei der Beitragszahlung zu beachten und wann muss der Beitrag gezahlt werden

#### a) Beitrag und Versicherungsperiode

Die Beiträge können je Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden, Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- Bei Monatsbeiträgen einen Monat
- Bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr
- Bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- Bei Jahresbeiträgen ein Jahr

#### b) Versicherungssteuer

Der in Rechnung gestellte Beitrag enthält die Versicherungssteuer. Diese müssen in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe bezahlt werden.

### 1.1 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Erster Beitrag

#### a) Fälligkeit der Zahlung

Wenn der Versicherungsnehmer den Versicherungsschein erhalten hat, muss der erste Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlt sein.

b) Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn der erste Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlt wird, beginnt der Versicherungsschutz erst zu diesem späteren Zeitpunkt.

Darauf muss der Versicherer durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn der Versicherungsnehmer nachweisen kann, dass die verspätete Zahlung nicht verschuldet hat, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

c) Rücktritt

Wenn der erste Beitrag nicht rechtzeitig bezahlt wird, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Der Versicherer kann nicht zurücktreten, wenn der Versicherungsnehmer nachweist, dass die verspätete Zahlung nicht verschuldet wurde.

## 1.2 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung / Folgebeitrag

a) Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zum jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig.

b) Verzug

Wenn der Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlt wird, gerät der Versicherungsnehmer in Verzug, auch wenn der Versicherungsnehmer keine Mahnung erhalten hat.

Dies gilt nicht, wenn die verspätete Bezahlung nicht verschuldet wurde.

Bei Verzug ist der Versicherer berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der durch den Verzug entstanden ist (Ziffer 1.2 c).

c) Zahlungsfrist

Wenn der Versicherungsnehmer einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlt, kann der Versicherer dem Versicherungsnehmer auf dessen Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Die Zahlungsaufforderung des Versicherers ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- Die ausstehenden Beiträge, die Zinsen und Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- Die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die nach Ziffer 1.2 d) mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

d) Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn nach Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt wurde,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz.
- kann der Versicherer den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn der Versicherungsnehmer nach der Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Beitrag bezahlt, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung des Versicherungsnehmers besteht kein Versicherungsschutz.

### 1.3 Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn eine Einziehung des Beitrags vereinbart wurde, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zum Fälligkeitstag eingezogen werden kann und der Einziehung nicht widersprochen wird.

Die Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Verschulden nicht eingezogen werden kann und nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich gezahlt wird.

Wenn der Versicherungsnehmer es zu vertreten hatte, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, ist der Versicherer berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Der Beitrag muss dann beglichen werden, wenn der Versicherer hierzu in Textform aufgefordert hat.

### 1.4 Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages hat der Versicherer nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

### 1.5 Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn der Versicherungsnehmer während der Versicherungsdauer stirbt und

- bei Versicherungsbeginn das 55. Lebensjahr noch nicht vollendet hat
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- der Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt folgendes:

- Der Vertrag wird mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.
- Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

### 1.6 Beitragsanpassung

Der Versicherer ist berechtigt, eine allgemeine Beitragsanpassung im Versicherungsbestand vorzunehmen, wenn die Beitragsanpassung den Bestimmungen

und anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik entspricht.

Hierzu wird bis zum 1. Juli eines jeden Jahres ermittelt, um welchen Vomhundertsatz sich das Produkt von Schadenhäufigkeit und Durchschnitt der Schadenzahlungen im vergangenen Jahr erhöht oder vermindert hat. Als Schadenhäufigkeit eines Kalenderjahres gilt die Anzahl der in diesem Jahr gemeldeten Versicherungsfälle, geteilt durch die Anzahl der im Jahresmittel versicherten Risiken.

Als Durchschnitt der Schadenzahlungen eines Kalenderjahres gilt die Summe der Zahlungen, die für alle in diesem Jahr erledigten Versicherungsfälle insgesamt geleistet wurden, geteilt durch die Anzahl dieser Versicherungsfälle.

Veränderungen der Schadenhäufigkeit und des Durchschnitts der Schadenzahlungen, die aus Leistungsverbesserungen herrühren, werden bei Feststellungen des Versicherers nur bei denjenigen Verträgen berücksichtigt, in denen sie in beiden Vergleichsjahren bereits enthalten sind.

Ergeben die Ermittlungen einen Vomhundertsatz unter 5, unterbleibt eine Beitragsänderung. Der Vomhundertsatz ist jedoch in den folgenden Jahren mit zu berücksichtigen. Ergeben die Ermittlungen einen höheren Vomhundertsatz ist dieser, wenn er nicht durch 2,5 teilbar ist, auf die nächstniedrigere durch 2,5 teilbare Zahl abzurunden. Im Falle einer Erhöhung ist der Versicherer berechtigt, **im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Folgejahresbeitrag um den abgerundeten Vomhundertsatz zu verändern**. Der erhöhte Beitrag darf den zum Zeitpunkt der Erhöhung geltenden Tarifbeitrag nicht übersteigen.

Die Beitragsanpassung gilt für alle Folgejahresbeiträge, die ab dem 1. Oktober des Jahres, im dem die Ermittlungen erfolgten, fällig werden. Von einer Beitragsanpassung kann abgesehen werden, wenn die Veränderung der Versicherungsleistungen als vorübergehend anzusehen ist. Die allgemeine Beitragsanpassung wird mit Beginn des nächsten Versicherungsjahres wirksam.

Eine Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Versicherungsnehmer mitgeteilt wird und in Textform über das Kündigungsrecht belehrt wurde.

Der Vertrag kann im Fall der Beitragserhöhung innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung zu dem Zeitpunkt gekündigt werden, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

Die Kündigung ist in Textform zu erklären.

## Q Weitere Bestimmungen

1 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

1.1 Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag steht ausschließlich dem

Versicherungsnehmer zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Der Versicherer zahlt Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann an den Versicherungsnehmer aus, wenn der Unfall einer anderen versicherten Person zugestoßen ist.

Der Versicherungsnehmer ist neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

## 1.2 Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für den Versicherungsnehmer geltenden Bestimmungen sind auf Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

## 2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

### 2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Der Versicherungsnehmer ist bis zur Abgabe der Vertragserklärung verpflichtet, alle bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen der Versicherer in Textform gefragt hat, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für eine Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die der Versicherer

- nach Vertragserklärung,
- aber noch vor Vertragsannahme

in Textform stellt.

Soll eine andere Person als der Versicherungsnehmer versichert werden, ist auch diese – neben dem Versicherungsnehmer - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für den Versicherungsnehmer beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, wird der Versicherungsnehmer so behandelt, als hätte er selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

### 2.2 Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Der Versicherer kann in einem solchen Fall

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder

- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

#### **a) Rücktritt**

Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, kann der Versicherer vom Vertrag zurücktreten. Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn

- weder eine vorsätzliche,
- noch eine grob fahrlässige

Anzeigepflichtverletzung vorliegt.

Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, besteht trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn der Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen wäre.

Im Falle des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Wenn der Versicherer nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktritt, bleibt die Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung bestehen:

Die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder auf den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht ursächlich war.

Wird die Anzeigepflicht arglistig verletzt, entfällt die Leistungspflicht.

#### **b) Kündigung**

Wenn das Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, kann der Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat gekündigt werden.

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

#### **c) Vertragsänderung**

Kann der Versicherer nicht zurücktreten oder kündigen, weil der Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis, der nicht angezeigten gefahrerhöhenden Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.

Hat der Versicherungsnehmer die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Der Vertrag kann innerhalb eines Monats, nachdem der Versicherungsnehmer die Mitteilung des Versicherers erhalten hat, fristlos gekündigt werden, wenn der Versicherer

- im Rahmen eine Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöht oder er
- die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließt.

Auf dieses Recht wird in der Mitteilung über die Vertragsänderung hingewiesen.

### 3 Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen dem Versicherer nur zu, wenn der Versicherer den Versicherungsnehmer durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen eine Anzeigepflichtverletzung hingewiesen hat.

Der Versicherer hat kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn der nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige bekannt war.

Der Versicherer kann die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherer von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt.

Bei der Ausübung der Rechte müssen die Umstände angegeben werden, auf die unsere Erklärung stützt. Zur Begründung kann der Versicherer nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können die Rechte auch nachträglich geltend machen werden.

Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

#### 3.1 Anfechtung

Der Versicherer kann den Vertrag auch anfechten, falls die Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist.

Im Fall der Anfechtung steht dem Versicherer der Teil des Beitrages zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

#### 3.2 Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die Regelungen des Abschnitt Q Ziffern 2 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

### 4 Wann verjähren die Ansprüche aus diesem Vertrag

#### 4.1 Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

#### 4.2 Aussetzung der Verjährung

Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei dem Versicherer geltend gemacht worden, ist die Verjährung gehemmt. Dies gilt von der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Entscheidung dem Versicherungsnehmer in Textform zugeht.

#### 4.3 Meinungsverschiedenheiten

Treten Meinungsverschiedenheiten zwischen dem Versicherungsnehmer und dem Versicherer auf, kann sich der Versicherungsnehmer jederzeit an die Beschwerdestelle des Versicherers wenden:

**[https://www.diebayerische.de/lob-und-kritik/unsere\\_beschwerdemanagement/](https://www.diebayerische.de/lob-und-kritik/unsere_beschwerdemanagement/)**

Außerdem stehen dem Versicherungsnehmer insbesondere folgende weitere Beschwerdemöglichkeiten zu:

##### 1) Versicherungsombudsman e.V.

Wenn es sich beim Versicherungsnehmer um einen Verbraucher oder um eine Person handelt, die sich in verbraucherähnlicher Lage befindet, gilt:

Bei Streitigkeiten in Versicherungsangelegenheiten kann sich der Versicherungsnehmer an den Versicherungsombudsman e.V. wenden.

Versicherungsombudsman e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

Telefon 0800 3696000

E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsman.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsman.de)

Internet: [www.versicherungsombudsman.de](http://www.versicherungsombudsman.de)

Der Versicherungsombudsman e.V. ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

##### 2) Versicherungsaufsicht

Wenn der Versicherungsnehmer mit der Betreuung des Versicherers nicht zufrieden ist oder Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auftreten, kann er sich auch an die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht wenden. Der Versicherer unterliegt der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

Telefon: 0800 2 100 500

E-Mail:  
poststelle@bafin.de

Internet: <https://www.bafin.de>

Hinweis: Die BaFin ist keine Schiedsstelle und kann einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden.

## 5 Welches Gericht ist zuständig

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherer sind folgende Gerichte zuständig:

- Das Gericht am Sitz des Versicherers oder der Niederlassung, die für den Vertrag zuständig ist.
- Das Gericht des Wohnorts des Versicherungsnehmers oder, wenn kein fester Wohnsitz besteht, am Ort des gewöhnlichen Aufenthalts.

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen den Versicherungsnehmer ist das Gericht des Wohnorts des Versicherungsnehmers, oder wenn kein fester Wohnsitz besteht, das Gericht des gewöhnlichen Aufenthalts zuständig.

## 6 Was ist bei Mitteilungen zu beachten, Was gilt bei Änderung der Anschrift

- Anzeigen oder Erklärungen sollen an die Hauptverwaltung gerichtet werden.
- Änderungen der Anschrift müssen dem Versicherer mitgeteilt werden

Wenn diese Benachrichtigung ausbleibt und der Versicherer dem Versicherungsnehmer gegenüber einer rechtlichen Erklärung abgeben will, gilt folgendes:

- Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn sie per Einschreiben an die letzte bekannte Anschrift geschickt wurde. Das gilt auch, wenn die Änderung des Namens nicht mitgeteilt wurde.

## 7 Welches Recht findet Anwendung

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.