



Allgemeine Bedingungen für die NÜRNBERGER Krebsversicherung Digital

Inhaltsverzeichnis

Leistung

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir für Sie?	2
§ 2	Welche Leistungen erbringen wir für mitversicherte Kinder?	4
§ 3	Was ist unter dem Rauchverhalten zu verstehen, wer ist Nichtraucher/Raucher?	4
§ 4	Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	5
§ 5	Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?	7
§ 6	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	7
§ 7	Was gilt bei Selbsttötung?	8
§ 8	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	8
§ 9	Welche Besonderheiten ergeben sich aus dem Rauchverhalten und welche Folgen hat eine Änderung des Nichtraucherstatus?	10
§ 10	Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	12
§ 11	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	13
§ 12	Wer erhält die Leistung?	13

Beitrag

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

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

§ 15	Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?	15
§ 16	Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir dann?	15
§ 17	Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?	16

Kosten

§ 18	Welche Kosten werden mit Ihrem Beitrag verrechnet?	17
§ 19	Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	17

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 20	Was gilt bei einer Änderung Ihrer Kontaktdaten?	17
§ 21	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	18
§ 22	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	18
§ 23	Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand	18



Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir für Sie?

Leistung bei Tod

(1) Wir zahlen eine Todesfalleistung in Höhe von 5 % der vereinbarten Versicherungssumme, wenn Sie während der vereinbarten Versicherungsdauer und nach Ablauf der Wartezeit gemäß Absatz 9 a) sterben. Mit Zahlung der Todesfalleistung endet der Versicherungsvertrag.

Leistung bei Krebserkrankung

(2) Wir zahlen die volle vereinbarte Versicherungssumme, wenn bei Ihnen eine Krebserkrankung im Sinne von Absatz 3 (Erstdiagnose) während der vereinbarten Versicherungsdauer festgestellt und die Erstdiagnose nach Ablauf der Wartezeit gemäß Absatz 9 a) gestellt wurde (Versicherungsfall).

Bei einer Erstdiagnose innerhalb von drei Monaten nach Ende der vereinbarten Versicherungsdauer zahlen wir die volle vereinbarte Versicherungssumme, wenn Sie innerhalb der letzten drei Monate vor Ende der vereinbarten Versicherungsdauer aufgrund körperlicher Beschwerden oder einer Vorsorgeuntersuchung ärztlich behandelt oder beraten wurden, es sei denn ein Zusammenhang zwischen den Beschwerden oder dem Ergebnis der Vorsorgeuntersuchung und der späteren Erstdiagnose ist ausgeschlossen.

(3) Erstdiagnose ist die erstmalige gesicherte histologische Diagnose eines invasiv wachsenden Krebses. Invasiv wachsend ist der Krebs bei Vorliegen eines unkontrollierten Wachstums bösartiger Zellen, die dabei in gesundes Gewebe eindringen, dieses zerstören sowie streuen (metastasieren) können. Versichert sind auch:

- Leukämien,
- bösartige Lymphome (Hodgkin-, Non-Hodgkin Lymphome),
- schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom), welcher nach TNM Klassifikation mindestens das Stadium T2b hat,
- bösartige Knochenmarkerkrankungen,
- Prostatakarzinome, die nach TNM-Klassifikation mindestens die Größe T2 haben und
- papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome, die nach TNM-Klassifikation mindestens die Größe T3 haben.

Bei dem oben genannten schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom), den Prostatakarzinomen und Schilddrüsenkarzinomen leisten wir unabhängig von der Größe (T), wenn sich Metastasen in benachbarten Lymphknoten (N) oder Fernmetastasen (M) gebildet haben.

Wir leisten auch, wenn die Krebserkrankung im Zusammenhang mit Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenmissbrauch steht.

(4) Folgende Erkrankungen sind in Abhängigkeit vom Stadium gemäß TNM Klassifikation von der Leistung ausgeschlossen:

- schwarzer Hautkrebs (malignes Melanom), wenn sich dieser in einem geringeren Stadium als T2b befindet,
- frühe Prostatakarzinome, wenn sich diese in einem geringeren Stadium als T2 befinden,
- papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome, wenn sich diese in einem geringeren Stadium als T3 befinden und
- Frühformen von Krebs (Carcinoma in situ (cis)).

Wir leisten auch dann, wenn sich eine dieser Erkrankungen verschlimmert und ein versichertes Stadium erreicht, sofern sie erstmalig nach der Wartezeit diagnostiziert wurde. Bei dem oben genannten schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom), den Prostatakarzinomen und Schilddrüsenkarzinomen leisten wir unabhängig von der Größe, wenn sich Metastasen in benachbarten Lymphknoten oder Fernmetastasen gebildet haben.

(5) Folgende Erkrankungen sind von der Leistung ausgeschlossen:

- Tumore, die nicht eindeutig bösartig sind (Prä-maligne Tumore und Borderline Tumore),
- alle Formen von Hautkrebs, außer dem schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom siehe Absatz 3) und
- Krebs der lediglich durch Testverfahren, die auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder Tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl (liquid biopsy) ohne histopathologischen Befund basieren, nachgewiesen wurde.



(6) Mit Zahlung der Leistung wegen Ihrer Krebserkrankung endet der Versicherungsvertrag. Der Anspruch auf Assistance-Leistungen nach Absatz 8, die im Zusammenhang mit diesem Leistungsfall erbracht werden, besteht jedoch fort.

Weltweiter Versicherungsschutz

(7) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

Assistance-Leistungen (Krebsbetreuung)

(8) Nach Anerkennung unserer Leistungspflicht aufgrund einer Krebserkrankung nach Absatz 3 steht Ihnen ein von uns beauftragter Assistent zur Seite. Bei dem Assistenten handelt es sich um einen Mitarbeiter eines unabhängigen qualifizierten Dienstleisters. Dadurch werden keine vertraglichen Beziehungen zwischen Ihnen und dem Dienstleister begründet. Eine Erbringung der Assistance-Leistungen durch uns als Versicherer ist ausdrücklich ausgeschlossen.

a) Assistance-Leistungen können bei einer Krebserkrankung im Sinne des Absatz 3 von Ihnen in Anspruch genommen werden.

b) Sie vereinbaren mit dem Dienstleister ein Erstgespräch. Im weiteren Verlauf finden bis zu 12 telefonische Kontakte verteilt über 12 Monate hinweg statt (Coaching).

Im Rahmen des Coachings werden unter anderem folgende Inhalte behandelt:

- Situationsklärung und Klärung der Motivlage
- Wissensvermittlung zur Erkrankung
- Stressreduktion und Entspannung
- Umgang mit Nebenwirkungen

Die Gesprächsinhalte der Beratungstelefonate, der Kontaktaufnahme und der Fallvorstellung werden uns nicht bekannt gegeben, sondern bleiben vertraulich. Wir erfahren lediglich, dass Assistance-Leistungen zu Ihrem Vertrag erbracht wurden.

c) Es besteht nur ein Rechtsanspruch auf Erbringung der Leistungen in deutscher Sprache. Bemüht sich der Dienstleister im Einzelfall dennoch um Leistungserbringung in einer anderen Sprache, erfolgt dies aus Kulanz und ohne Bindungswirkung für andere Versicherungsfälle.

d) Wir sind berechtigt, den Dienstleister während der Vertragslaufzeit zu wechseln.

Wir können nicht garantieren, dass während der gesamten Dauer Ihres Vertrags deutschsprachige Assistance-Leistungen verfügbar sind, d. h. von entsprechenden Dienstleistern angeboten werden. Sollten wir unsererseits keine Möglichkeit mehr haben, uns bei einem hinreichend qualifizierten Dienstleister mit solchen Assistance-Leistungen einzudecken, werden wir Sie unverzüglich über die Nichtverfügbarkeit informieren. Der Anspruch auf Assistance-Leistungen fällt in diesem Fall weg. Stattdessen erhöht sich unsere Leistung bei einer Krebserkrankung nach Absatz 3 um 720,00 EUR. Die Todesfallleistung sowie Leistungen für mitversicherte Kinder erhöhen sich dadurch nicht.

Wartezeit und Beitragsrückgewähr

(9) a) Für den Versicherungsschutz besteht eine Wartezeit von 6 Monaten. Die Wartezeit beginnt an dem in den Allgemeinen Vertragsdaten genannten Versicherungsbeginn (mittags 12 Uhr). Wird eine der in Absatz 3 genannten Krebserkrankungen bei Ihnen erstmals in dieser Wartezeit diagnostiziert, besteht kein Versicherungsschutz. Dasselbe gilt, wenn Sie während der Wartezeit sterben.

Wird innerhalb der Wartezeit eine Erkrankung im Sinne des Absatz 4 oder 5 erstmals diagnostiziert besteht kein Versicherungsschutz und der Vertrag endet.

b) In den unter Buchstabe a) genannten Fällen zahlen wir die bis dahin geleisteten Beiträge vollständig an Sie bzw. Ihre Hinterbliebenen zurück und der Vertrag endet.



§ 2 Welche Leistungen erbringen wir für mitversicherte Kinder?

(1) a) Für jedes Kind besteht Versicherungsschutz in Höhe von 50% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn die Erstdiagnose einer Krebserkrankung nach § 1 Absatz 3 bei dem mitversicherten Kind während der Mitversicherungsdauer gestellt wird. Voraussetzung hierfür ist, dass die Erstdiagnose nach Ablauf der Wartezeit von 6 Monaten ab Versicherungsbeginn (siehe § 1 Absatz 9 a)) gestellt wurde.

In diesem Mitversicherungsfall erbringen wir Assistance-Leistungen entsprechend § 1 Absatz 8.

Stirbt ein mitversichertes Kind, wird keine Todesfalleistung erbracht.

b) Wenn eine Erstdiagnose im Sinne des § 1 Absatz 3 einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund zum Beginn des Mitversicherungsschutzes nach § 5 bekannt war, bekannt sein musste oder eine genauere Diagnostik bzw. Abklärung einer möglichen Krebserkrankung bereits ärztlich angeraten wurde, besteht kein Mitversicherungsschutz für dieses Kind. Tritt für ein Kind ein Mitversicherungsfall nach § 1 Absatz 3 während der Wartezeit ein, entfällt der Mitversicherungsschutz für dieses Kind ganz.

Wird eine Erkrankung im Sinne des § 1 Absatz 4 oder 5 erstmals in der Wartezeit diagnostiziert besteht kein Versicherungsschutz mehr für dieses Kind.

(2) Kinder im Sinne dieser Mitversicherung sind leibliche und durch Sie adoptierte Kinder sowie in Ihrem Haushalt lebende Stiefkinder (Kinder des Ehepartners bzw. des Lebenspartners im Sinne des LPartG).

a) Kinder sind jeweils ab der Vollendung der Geburt bis zu ihrem 18. Geburtstag automatisch mitversichert, frühestens ab Versicherungsbeginn und längstens bis zum Eintritt eines Leistungsfalls nach § 1.

b) Bei adoptierten Kindern tritt anstelle der Geburt die abgeschlossene Adoption.

c) Bei Stiefkindern tritt anstelle der Geburt die Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft und die Aufnahme des Stiefkinds in Ihren Haushalt. Maßgeblich ist das spätere der beiden Ereignisse.

(3) Wird eine Leistung für ein mitversichertes Kind erbracht, endet der Mitversicherungsschutz für dieses Kind. Eventuelle weitere Kinder bleiben mitversichert.

§ 3 Was ist unter dem Rauchverhalten zu verstehen, wer ist Nichtraucher/Raucher?

(1) Ihr Rauchverhalten legt fest, ob Sie im Sinne dieser Bedingungen Nichtraucher oder Raucher sind.

(2) Nichtraucher ist, wer in den vergangenen 12 Monaten vor Abgabe der Vertragserklärung Nikotin weder durch den Genuss von (elektrischen) Zigaretten, (elektrischen) Zigarren, (elektrischen) Zigarillos, (elektrischen) Pfeifen noch in anderer Form (z. B. Kautabak, Schnupftabak, Wasserpfeife, Shisha) aktiv zu sich genommen hat, gleichgültig in welcher Menge.

(3) Raucher ist, wer diese Voraussetzungen nicht erfüllt oder wer nach Abgabe seiner Vertragserklärung beginnt, Nikotin aktiv zu sich zu nehmen.

(4) Sie sind bis zum Vertragsabschluss verpflichtet uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie Nichtraucher im Sinne von Absatz 2 oder Raucher im Sinne von Absatz 3 sind.

Hinsichtlich des Rauchverhaltens ergeben sich besondere Verpflichtungen und Regelungen, die in § 9 zu finden sind.



§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3),
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4) und
- wann wir die Überschüsse Ihrem Vertrag gutbringen und wie wir sie verwenden (Absatz 5).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

Damit Sie nachvollziehen können, wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln, erklären wir Ihnen,

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

a) Überschüsse können aus 3 verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen aa),
- dem Risikoergebnis bb) und
- dem übrigen Ergebnis cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90% vorgeschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Risikoversicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung der versicherten Risiken und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

bb) Risikoergebnis

In der Risikoversicherung hängt die Höhe der Überschüsse vor allem von der Anzahl der eingetretenen Versicherungsfälle ab. Überschüsse entstehen, wenn das Risiko für den Eintritt eines Versicherungsfalles niedriger ist als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Leistung als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90% beteiligt.

cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.



b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. (Eine Deckungsrückstellung müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.)

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da vor Eintritt eines Versicherungsfalles keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ermitteln wir deren Höhe monatlich neu und ordnen den ermittelten Wert den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags?

Wir haben gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst (bei Einzelversicherungen mit Überschussbeteiligung, bei denen das Anlagerisiko von uns getragen wird, z. B. "Kapitalbildende Lebensversicherungen mit überwiegendem Erlebensfallcharakter", "Berufsunfähigkeits-Versicherungen einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen", "Risikoversicherungen"). Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren, und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.

Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in den Allgemeinen Vertragsdaten Ihres Versicherungsscheins genannt ist. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Diesen können Sie bei uns anfordern.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des versicherten Risikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

(5) Es gibt nachstehende Überschüsse, die wir für Sie folgendermaßen verwenden:

a) Beitragspflichtige Versicherungen

Für beitragspflichtige Versicherungen werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent der Beitragssumme eines Jahres zugewiesen. Diese laufenden Überschussanteile werden für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beiträge gezahlt wurden, gutgeschrieben und mit den jeweiligen Beiträgen verrechnet (Abzug vom Beitrag). Die Verrechnung hat zur Folge, dass im jeweiligen Versicherungsjahr nicht der volle Tarifbeitrag (Bruttobeitrag), sondern nur der entsprechend ermäßigte Nettobeitrag gezahlt werden muss.

b) Prämienfreie Versicherungen



Prämienfreie Versicherungen erhalten zum Ende eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile in Prozent eines zum Ende des Versicherungsjahres eventuell vorhandenen Deckungskapitals. Im Jahr der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung wird der Überschuss für den Zeitraum vom Termin der Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung bis zum Ende des Versicherungsjahres anteilig gewährt. Ist zum Ende eines Versicherungsjahres kein Deckungskapital vorhanden, erhält die prämienfreie Versicherung für dieses Jahr keine laufenden Überschussanteile. Die laufenden Überschussanteile werden zum Ende jedes Versicherungsjahres ausgezahlt.

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

d) Bei Vertragsbeendigung wird bei der Überschussverwendung Beitragsabzug nichts aus der Überschussbeteiligung ausgezahlt. Verzinslich angesammelte Überschussanteile werden ausgezahlt.

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

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins angegebenen Versicherungsbeginn, zuzüglich einer Wartezeit von 6 Monaten (siehe § 1 Absatz 9 a)).

- Der Mitversicherungsschutz für Kinder im Sinne von § 2 beginnt mit Versicherungsbeginn oder - wenn später -: bei leiblichen Kindern mit der Vollendung der Geburt des jeweiligen Kindes,
- bei adoptierten Kindern mit abgeschlossener Adoption des Kindes durch Sie,
- bei Stiefkindern mit Eheschließung bzw. Eintragung der Lebenspartnerschaft und Aufnahme des Stiefkinds in Ihren Haushalt (maßgeblich ist das spätere der beiden Ereignisse),

jedoch nicht vor Ablauf der Wartezeit von 6 Monaten (siehe § 1 Absatz 9 a)).

Allerdings kann unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung entfallen (siehe § 13 und § 14).

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Ausschlüsse bei Krebserkrankung

(1) Die folgenden Ausschlüsse gelten sowohl für die Versicherung (§ 1) als auch für die Mitversicherung (§ 2). Für mitversicherte Kinder gelten sie mit der Maßgabe, dass die Voraussetzungen jeweils nicht in Ihrer Person, sondern in der Person des mitversicherten Kindes erfüllt sein müssen.

Grundsätzlich leisten wir unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn der Versicherungsfall verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern Sie aufseiten der Unruhestifter teilgenommen haben. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eingetreten ist, denen Sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt waren;

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

c) unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden, und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, sodass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

Ausschlüsse bei Tod

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung gilt § 7.



(3) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Todesfall beruht. Wir gewähren Versicherungsschutz insbesondere auch dann, wenn Sie in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen oder in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit einem terroristischen Ereignis gestorben sind. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch in folgenden Fällen nicht:

a) bei Ihrem Ableben in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn Sie während eines beruflich bedingten Aufenthalts im Ausland sterben und Sie an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt waren;

b) bei Ihrem Ableben in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Buchstabe a) bleibt unberührt;

c) es besteht kein Versicherungsschutz, wenn Sie Ihr Ableben durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch einer terroristischen Handlung im Sinne der Resolution 1566 des UN-Sicherheitsrates verursacht haben (Handlungen, die mit Tötungs- oder schwerer Körperverletzungsabsicht oder zur Geiselnahme und mit dem Zweck begangen werden, einen Zustand des Schreckens hervorzurufen, eine Bevölkerung einzuschüchtern oder etwa eine Regierung zu nötigen, und dabei von den relevanten Terrorismusabkommen erfasst werden). Die Absätze a) und b) bleiben unberührt.

§ 7 Was gilt bei Selbsttötung?

(1) Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf von drei Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrags besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir das für den Todestag berechnete Deckungskapital nach § 17 Absatz 2, abzüglich eventuell rückständiger Beiträge, aus.

(2) Bei vorsätzlicher Selbsttötung nach Ablauf der Dreijahresfrist bleiben wir zur Leistung verpflichtet.

(3) Der Absatz 2 gilt entsprechend bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer einvernehmlichen Wiederherstellung der Versicherung. Die Dreijahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme in Textform stellen. Für Fragen nach dem Rauchverhalten gelten die abweichenden Regelungen in § 9 Absätze 1 bis 8.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

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

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.



Rücktritt

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

(4) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls bzw. des Todesfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht bezogen auf den Versicherungsfall bzw. den Todesfall unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

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

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

(5) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts. Auch eine Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

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

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

(8) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 17 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 17 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Vertragsänderung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 3 Satz 3 und Absatz 7), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Auf dieses Änderungsrecht verzichten wir, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos war.

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

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

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

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(11) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

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

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



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

Anfechtung

(15) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(16) Die Absätze 1 bis 15 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 14 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(17) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen (siehe § 11 Absatz 1).

§ 9 Welche Besonderheiten ergeben sich aus dem Rauchverhalten und welche Folgen hat eine Änderung des Nichtraucherstatus?

In den Absätzen 1 bis 8 erläutern wir Ihnen die Besonderheiten zur vorvertraglichen Anzeigepflicht hinsichtlich des Rauchverhaltens. In den Absätzen 9 bis 13 finden Sie die Regelungen zur Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss.

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, uns wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen, ob Sie Nichtraucher im Sinne von § 3 Absatz 2 oder Raucher im Sinne von § 3 Absatz 3 sind.

Rücktritt

(2) Wenn uns gegenüber bei Antragstellung Angaben bezüglich Ihres Rauchverhaltens nicht richtig gemacht worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese vorvertragliche Anzeigepflicht nicht vorsätzlich verletzt worden ist. Auf das Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung dieser Anzeigepflicht verzichten wir. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

(3) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir, wenn wir

- den Rücktritt vor Eintritt des Versicherungsfalls bzw. des Todesfalls erklären, das Deckungskapital nach § 17 Absatz 2, abzüglich eventuell rückständiger Beiträge aus;
- den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls bzw. des Todesfalls erklären, die Versicherungsleistung, die sich nach unseren Geschäftsgrundsätzen unter der Zugrundelegung des vereinbarten Beitrags für Raucher ergeben würde.

(4) Bei einem Rücktritt steht uns bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung der Teil des Beitrags zu, der der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragslaufzeit entspricht. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.



Beitragsanpassung an das erhöhte Risiko (Verzicht auf Kündigung des Vertrags und Ausschluss des nicht angezeigten Umstandes)

(5) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Versicherungsvertrag wegen nicht richtiger Angabe Ihres Rauchverhaltens zu kündigen und diesen nicht angezeigten Umstand vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wurden uns gegenüber bei Antragstellung falsche Angaben bezüglich Ihres Rauchverhaltens gemacht, können wir aber rückwirkend zum Zeitpunkt des Abschlusses des Versicherungsvertrages einen unseren Geschäftsgrundsätzen nach dem erhöhten Risiko entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Haben Sie die falschen Angaben bezüglich des Rauchverhaltens nicht zu vertreten, wird der dem erhöhten Risiko entsprechende höhere Beitrag erst ab der laufenden Versicherungsperiode geschuldet.

(6) Falls der zusätzliche Beitrag mehr als 10 % des bisherigen Beitrags beträgt, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(7) Hinsichtlich der Ausübung der vorgenannten Rechte zum Rücktritt und zur Beitragsanpassung gelten die Regelungen zum Rücktritt und zur Vertragsanpassung nach § 8 Absätze 12 bis 14.

Anfechtung, Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung, Erklärungsempfänger

(8) Für die Anzeigepflichtverletzung nach Absatz 1 gelten die Regelungen nach § 8 Absätze 15 bis 17 zur Anfechtung, zur Leistungserweiterung oder Wiederherstellung der Versicherung sowie zum Erklärungsempfänger entsprechend.

Gefahrerhöhung nach Vertragsabschluss

(9) Eine Gefahrerhöhung liegt vor, wenn Sie nach Vertragsabschluss Raucher werden. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie nach Vertragsabschluss keine Gefahrerhöhung vornehmen. Nehmen Sie nach Vertragsabschluss dennoch eine Gefahrerhöhung vor, sind Sie verpflichtet uns diese Gefahrerhöhung unverzüglich in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) anzuzeigen.

Rechtsfolgen einer Gefahrerhöhung nach Absatz 9

(10) Wir verzichten auf unsere gesetzlichen Rechte, den Vertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Wird eine Gefahrerhöhung nach Absatz 9 vorgenommen, können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen unseren Geschäftsgrundsätzen nach dem erhöhten Risiko entsprechenden höheren Beitrag verlangen. Die Erhebung eines höheren Beitrags ist jedoch ausgeschlossen, wenn Sie uns nachweisen, dass die Vornahme der Gefahrerhöhung unverschuldet ist.

Wenn Sie eine Gefahrerhöhung entsprechend Absatz 9 nachträglich erkennen und uns dies nicht angezeigt wird, können wir den vorgenannten höheren Beitrag auch dann erheben, wenn die Gefahrerhöhung unverschuldet ist.

Unser Recht zur Beitragserhöhung müssen wir innerhalb eines Monats ab dem Zeitpunkt ausüben, zu dem wir von der Gefahrerhöhung Kenntnis erlangen. Im Falle der Beitragserhöhung bleibt die Höhe der versicherten Leistung unverändert. Falls der zusätzliche Beitrag mehr als 10 % des bisherigen Beitrags beträgt, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung fristlos kündigen.

(11) Wurde nach Vertragsabschluss eine Gefahrerhöhung nach Absatz 9 vorsätzlich vorgenommen und erlangen wir erst im Leistungsfall davon Kenntnis, beschränkt sich die versicherte Leistung bei Ihrer Krebserkrankung bzw. bei Ihrem Tod auf die Versicherungsleistung, die sich nach unseren Geschäftsgrundsätzen unter der Zugrundelegung des vereinbarten Beitrags für Raucher ergeben würde. Diese Verringerung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalls bzw. des Todesfalls war.

(12) Eine Erhöhung der Gefahr können wir nicht geltend machen, wenn seit der Erhöhung fünf Jahre verstrichen sind. Haben Sie die Verpflichtungen nach Absatz 9 vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.



Nachprüfung

(13) Wir sind berechtigt Ihren Nichtraucherstatus nachzuprüfen. Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten sachdienliche Auskünfte, die Vorlage ärztlicher Bescheinigungen (z. B. über das Ergebnis eines Cotinintests eines von Ihnen beauftragten in Deutschland zugelassenen Arztes) und einmal jährlich eine medizinische Untersuchung durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Kommen Sie unserem Verlangen nicht nach, erhöhen wir den Beitrag nach Absatz 10.

§ 10 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

(1) Der Eintritt eines Versicherungs-, Todes- bzw. Mitversicherungsfalls muss uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) angezeigt werden.

(2) Bei Eintritt eines Versicherungs- bzw. Mitversicherungsfalls aufgrund von Krebs sind uns auf Kosten des Anspruchstellers folgende Unterlagen einzureichen:

- pathologischer und onkologischer Facharztbericht, aus dem die Diagnose des invasiv wachsenden, bösartigen Krebses hervorgeht, mit histopathologischem Befund und
- Versicherungsschein, sofern wir Ihnen diesen in Papierform ausgestellt haben (siehe § 11 Absatz 1).

(3) Bei Ihrem Tod sind uns auf Kosten des Anspruchstellers folgende Unterlagen einzureichen:

- Amtliche Sterbeurkunde mit Angabe von Alter und Geburtsort;
- ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit ergeben, die zu Ihrem Tode geführt hat;
- Versicherungsschein, sofern wir Ihnen diesen in Papierform ausgestellt haben (siehe § 11 Absatz 1) und
- Erbschein, sofern die Versicherungsleistung von einem Erben beansprucht wird.

(4) Die ärztlichen Dokumente nach Absatz 2 und 3 müssen von einem approbierten Facharzt aus einem Mitgliedsstaat der Europäischen Union stammen. Unter der Voraussetzung, dass es sich um ein praktizierendes Mitglied der dort ansässigen Ärztekammer handelt, ist auch ein Attest eines approbierten Facharztes aus dem jeweiligen medizinischen Fachgebiet aus Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, der Schweiz, dem Vereinigten Königreich oder den USA ausreichend.

Alle Dokumente sind in deutscher Sprache oder auf Kosten des Anspruchserhebenden in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

(5) Bei der Geltendmachung von Leistungen aus der Kinder-Mitversicherung sind zusätzlich zu Absatz 2 folgende Informationen mitzuteilen und auf unsere Anforderung hin gegebenenfalls nachzuweisen:

- Angaben zum Kindschaftsverhältnis (leiblich, Stiefkind, adoptiert) und Name, Geburtstag und -ort (Geburtsurkunde)
- Zeitpunkt der Adoption (Adoptionsurkunde),
- Zeitpunkt der Eheschließung bzw. der Eintragung der Lebenspartnerschaft (Heiratsurkunde),
- Zeitpunkt der Aufnahme des Stiefkinds in den Haushalt (aktuelle Meldebescheinigung),

(6) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir auf unsere Kosten notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Diese betreffen auch das Rauchverhalten. Außerdem können wir verlangen, dass uns die Auskünfte nach § 21 vorgelegt werden.

(7) Die mit den Nachweisen, die in den Absätzen 2 bis 5 genannt sind, verbundenen notwendigen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

(8) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls bzw. des Mitversicherungsfalls bzw. des Todesfalls und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn eine der in den Absätzen 1 bis 6 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

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



§ 11 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir übermitteln Ihnen den Versicherungsschein sowie Nachträge in Textform. Sie können die Ausstellung als Urkunde in Papierform verlangen.

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

§ 12 Wer erhält die Leistung?

Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält:

Wir leisten an Sie die vereinbarte Versicherungssumme bei Krebserkrankung bzw. die Todesfallleistung an Ihre Erben, wenn Sie nach Vertragsschluss keine andere Bestimmung im Rahmen dieser Regelung treffen.

Bezugsberechtigung

im Falle der Krebserkrankung

(1) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine der nachstehend bestimmten Personen benennen, die die Leistung bei Krebserkrankung erhalten soll (Bezugsberechtigter):

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

im Todesfall

Für die Leistung bei Todesfall gelten keine Einschränkungen hinsichtlich der Bezugsberechtigung.

Darüber hinaus gilt für beide Fälle folgendes:

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

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

Abtretung und Verpfändung

(2) Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls bzw. des Todesfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

Anzeige

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 1) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 2) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z.B. E-Mail, Kundenportal) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.



Beitrag

§ 13 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Die Jahresbeiträge zu Ihrem Vertrag sind in monatlichen Raten zu zahlen. Die Raten sind jeweils zum Ersten eines Kalendermonats fällig.

(2) Die erste Beitragsrate (Einlösungsbeitrag) müssen Sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, in den Allgemeinen Vertragsdaten des Versicherungsscheins angegebenen, Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beitragsraten (Folgebeiträge) werden monatlich jeweils zum Monatsersten fällig.

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

- Die Beitragsrate konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir die fällige Beitragsrate ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass die Beitragsrate wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens - zum Beispiel durch Dauerauftrag - zu verlangen.

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

(5) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(6) Die Versicherungsperiode umfasst den Zeitraum eines Jahres, beginnend jeweils an dem Monatsersten eines jeden Jahres, mittags 12 Uhr, der dem Datum des in den Allgemeinen Vertragsdaten dokumentierten "Ablaufs der Versicherung" entspricht.

Bei einer prämienfreien Versicherung entspricht eine Versicherungsperiode einem Versicherungsmonat (jeweils vom Monatsersten, mittags 12 Uhr, bis zum nächsten Monatsersten mittags 12 Uhr).

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

Erster Beitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

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

Folgebeitrag

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

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



(5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen. Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 17 in eine prämienfreie Versicherung um. Wird der in § 17 Absatz 1 genannte Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr.

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

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

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

Kündigung und Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

§ 15 Welche anderen Möglichkeiten als eine Kündigung oder eine Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Beitragsstundung

(1) Ab 3 Jahren nach Versicherungsbeginn können Sie für den Zeitraum von maximal 12 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes verlangen. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die Stundung ist zinslos, wenn und solange Sie uns anhand eines Bescheids oder Leistungsnachweises eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks nachweisen, dass Sie

- arbeitslos sind,
- sich in der gesetzlichen Elternzeit befinden oder
- erwerbsgemindert oder pflegebedürftig sind.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Eine weitere Stundung ist wieder zinspflichtig. Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten (Einzelrate mindestens 15,00 EUR) nachzahlen.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine vorherige Beantragung in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) bei uns erforderlich.

Sonstige Möglichkeiten

(2) Darüber hinaus werden wir Sie bei bestehenden Zahlungsschwierigkeiten auf Wunsch über weitere Möglichkeiten zum Erhalt des Versicherungsschutzes informieren.

§ 16 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen und welche Leistungen erbringen wir dann?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr kündigen. Die Kündigung hat in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) zu erfolgen. Sie können Ihren Vertrag auch teilweise kündigen, wenn die verbleibende Versicherungssumme den Mindestbetrag von 10.000,00 EUR nicht unterschreitet. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihre Teilkündigung unwirksam ist. Wenn Sie in diesem Fall Ihren Vertrag beenden wollen, müssen Sie ihn also ganz kündigen.

Bei einer Teilkündigung vermindern sich die Todesfallleistung und die Leistungen für die mitversicherten Kinder im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme. D.h. die Todesfallleistung verringert sich auf 5 % der herabgesetzten Versicherungssumme und der Versicherungsschutz für mitversicherte Kinder nach § 2 reduziert sich auf 50 % der herabgesetzten Versicherungssumme. Die Assistance-Leistungen nach § 1 Absatz 8 bleiben in vollem Umfang bestehen.



Vertragsbeendigung

(2) Bei Kündigung endet der Vertrag zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr. Es erfolgt keine Zahlung eines Rückkaufswerts.

Keine Beitragsrückzahlung

(3) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

§ 17 Wann können Sie Ihren Vertrag in eine prämienfreie Versicherung umwandeln und welche Auswirkungen hat dies?

Umwandlung

(1) Anstelle einer Kündigung können Sie bei einer beitragspflichtigen Versicherung verlangen, dass die Versicherung zum nächsten Monatsersten, mittags 12 Uhr in eine prämienfreie Versicherung umgewandelt wird. Dies ist in Textform (z. B. E-Mail, Kundenportal) zu beantragen. Voraussetzung der Umwandlung ist, dass die herabgesetzte prämienfreie Versicherungssumme den Mindestbetrag von 2.000,00 EUR nicht unterschreitet. Wird der Mindestbetrag nicht erreicht, endet der Vertrag zum nächsten Monatsersten ab Beantragung, mittags 12 Uhr. Bitte prüfen Sie vor der Beantragung, ob Ihrem tatsächlichen Interesse nicht durch die in § 15 genannten Möglichkeiten besser entsprochen werden kann. Die Umwandlung hat zwar unter anderem zur Folge, dass Sie für die Zukunft von der Pflicht zur Beitragszahlung befreit sind. Gleichzeitig verringert sich aber der Versicherungsschutz oder entfällt sogar ganz. Nach der Umwandlung haben Sie keinen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung der Versicherung.

(2) Die prämienfreie Versicherungsleistung für eine Krebserkrankung entspricht der prämienfreien Versicherungssumme. Die Todesfallleistung und die Leistungen für die mitversicherten Kinder vermindern sich im gleichen Verhältnis wie die Versicherungssumme. D.h. die Todesfallleistung verringert sich auf 5 % der herabgesetzten prämienfreien Versicherungssumme und der Versicherungsschutz für mitversicherte Kinder nach § 2 reduziert sich auf 50 % der herabgesetzten prämienfreien Versicherungssumme. Die Assistance-Leistungen nach § 1 Absatz 8 bleiben in vollem Umfang bestehen.

Die prämienfreie Versicherungssumme wird von uns nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den nach Absatz 1 maßgeblichen Schluss des laufenden Versicherungsmonats unter Zugrundelegung des Deckungskapitals der Versicherung berechnet; Beitragsrückstände werden abgesetzt. Bei der Berechnung des Deckungskapitals wenden wir zur Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten das sogenannte Zillmerverfahren an (bis zur Höhe des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes - siehe auch § 18 Absatz 2). Mindestens legen wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals zugrunde, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der (unter Beachtung des aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersatzes) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer ergibt. Beträgt die vereinbarte Beitragszahlungsdauer weniger als 5 Jahre, werden diese Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die vereinbarte Beitragszahlungsdauer verteilt.

Einen Stornoabzug nehmen wir nicht vor.

Beachten Sie bitte: Die Bildung eines Kapitals ist kein Vertragszweck Ihrer Versicherung. Das sogenannte Deckungskapital einer Risikoversicherung erreicht bei bestimmten Vertragsgestaltungen nie einen positiven Wert. Wenn ein positiver Wert entsteht, dann nur vorübergehend, und zwar nur aus den Beitragsteilen, die nicht sofort zur Bestreitung der Aufwendungen für Leistungsfälle sowie zur Abdeckung der Abschluss- und Verwaltungskosten benötigt werden und für die Finanzierung der noch ausstehenden Leistungen bestimmt sind. Das Deckungskapital dient nur dazu, die Höhe des Bruttobeitrags möglichst konstant zu halten. Die für die Bildung des Deckungskapitals zur Verfügung stehenden Beitragsteile sind, gemessen an den gezahlten Beiträgen während der gesamten Vertragslaufzeit, sehr gering. Mit Ablauf der Versicherung ist das Deckungskapital deswegen stets wieder völlig aufgebraucht.

Teilweise Umwandlung

(3) Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist nur möglich, wenn die verbleibende Versicherungssumme den Mindestbetrag von 10.000,00 EUR nicht unterschreitet. Ist diese Voraussetzung nicht gegeben, hat das zur Folge, dass Ihr Umwandlungsantrag unwirksam ist. In diesem Fall können Sie nur die vollständige Umwandlung beantragen.

Garantiewerte

(4) Eine Übersicht über die prämienfreien Versicherungssummen ist in den Garantiewerten abgedruckt.



Kosten

§ 18 Welche Kosten werden mit Ihrem Beitrag verrechnet?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen und in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige in den Beitrag einkalkulierte Kosten. Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten. Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt entnehmen.

(2) Wir wenden das sogenannte Zillmerverfahren an, nach dem wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge, der für die Leistungen im Versicherungsfall und für die Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt ist. Der nach dem Zillmerverfahren zur Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten erforderliche Betrag ist auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten sowie die übrigen Kosten werden über die gesamte Beitragszahlungsdauer verteilt.

(3) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung einer prämienfreien Versicherungssumme vorhanden sind. Die Kostenverrechnung nach Absatz 2 findet im Fall einer Prämienfreistellung jedoch nur eingeschränkt Anwendung, weil wir dann Mindestbeträge nach einer abweichenden Kostenverteilungsmethode berechnen und die prämienfreie Versicherungssumme gegebenenfalls entsprechend aufstocken (siehe § 17). Nähere Informationen zur prämienfreien Versicherungssumme können Sie den Garantiewerten entnehmen.

§ 19 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) In folgenden Fällen stellen wir Ihnen pauschal zusätzliche Kosten gesondert in Rechnung:

- Erstellung von Ersatzurkunden oder Abschriften des Versicherungsscheins oder eines Nachtrags;
- Schriftliche Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
- Mahnung und/oder Kündigung wegen Verzugs mit Folgebeiträgen;
- Rückläufer im Lastschriftverfahren;
- Durchführung von Vertragsänderungen (außer einfache Bearbeitung).

(2) Wir haben uns bei der Bemessung der im Produktinformationsblatt ausgewiesenen Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden jeweiligen Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass der bei uns regelmäßig entstehende jeweilige Aufwand der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, werden wir die Pauschale entsprechend herabsetzen.

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 20 Was gilt bei einer Änderung Ihrer Kontaktdaten?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihrer E-Mailadresse müssen Sie uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen.

Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Willenserklärung (z. B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.



§ 21 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

(1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und/oder Meldung von Informationen und/oder Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen

- bei Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht,
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben,
- der steuerlichen Ansässigkeit und/oder Steuerpflicht des Leistungsempfängers,
- der Eigenschaft als politisch exponierte Person oder
- nach dem Geldwäschegesetz (GWG) maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steuer-Identifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz. Welche Umstände dies nach der derzeitigen Gesetzeslage im Einzelnen sind, können Sie der FATCA-USA-Umsetzungsverordnung oder dem Finanzkonten-Informationsaustauschgesetz entnehmen.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten nach den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 22 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 23 Streitschlichtungsstelle, Aufsichtsbehörde und Gerichtsstand

Versicherungsombudsman

(1) Wenn Sie als Verbraucher mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, können Sie sich an den Ombudsman für Versicherungen wenden.

Versicherungsombudsman e.V.

Postfach 080632

10006 Berlin

beschwerde@versicherungsombudsman.de

www.versicherungsombudsman.de

Telefon 0800 3696000*

Fax 0800 3699000

**kostenfrei aus dem deutschen Telefonnetz*

Der Ombudsman für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen Verbraucher, die diesen Vertrag online (z. B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können sich mit ihrer Beschwerde auch online an die Plattform

<http://ec.europa.eu/consumers/odr/>

wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsman weitergeleitet. Für Fragen können Sie sich auch per E-Mail (info@nuernberger.de) an uns wenden.



Versicherungsaufsicht

(2) Sind Sie mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden.

Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)

Sektor Versicherungsaufsicht

Graurheindorfer Straße 108

53117 Bonn

poststelle@bafin.de

Telefon 0228 4108-0

Fax 0228 4108 – 1550

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Gerichtsstand

Außerdem haben Sie die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten. Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung gilt:

(3) Für Klagen gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

(4) Klagen gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.

(5) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.