

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

(Stand 10/2016)

Inhaltsverzeichnis

A	Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten.....	2
B	Leistungsarten	2
1	Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)	2
2	Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)	3
3	Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)	4
4	Rentenleistungen bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente).....	6
5	Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)	7
C	Weitere Bestimmungen	8
1	Erweiterungen des Versicherungsschutzes	8
2	Sonstiges	8
3	Vertragsfortsetzung bei Volljährigkeit / Ende des Vertrages.....	9
4	Ausschlüsse	9
5	Wartezeit.....	10
6	Beitragsanpassung	10
7	Bedingungsanpassung	11
8	Innovationsklausel	11
D	Rentenleistung	11
1	Zeitpunkt der Rentenleistung	11
2	Höhe der Leistung	11
3	Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung	11
4	Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung	11
5	Folgen bei Verletzung von Pflichten	12
6	Planmäßige Erhöhung der vereinbarten Rentenleistung (sofern vereinbart).....	12
7	Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen	12

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

Für Ihren Versicherungsvertrag „Funktionelle Invaliditätsabsicherung“ gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) und die folgenden besonderen Bedingungen (Multi PROTECT für Kinder – MPK). Dies gilt für alle versicherten Personen, die bei Versicherungsbeginn das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Sofern nicht in diesen Besonderen Bedingungen davon abweichenden Regelungen getroffen sind, gelten die AUB 2014.

A Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

Die Multi PROTECT unterscheidet fünf Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente - siehe B. Ziffer 1);
- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente - siehe B. Ziffer 2);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente - siehe B. Ziffer 3);
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente - siehe B. Ziffer 4);
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente - siehe B. Ziffer 5).

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet. 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 die mindestens eine Leistungsart vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

Bei der Unfallrente, der Organrente sowie der Grundfähigkeitenrente gilt folgendes:

Die Leistungserbringung ist zunächst auf 5 Jahre befristet.

Innerhalb dieser 5 Jahre nach Zahlung der ersten Monatsrente haben wir 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. Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder in Kraft.

Sofern länger als 5 Jahre ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegt haben, wandelt sich der befristete Rentenanspruch in einen dauerhaften Rentenanspruch und wir zahlen die Rente bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

Bei der Krebsrente sowie der Pflegerente gelten die unter B 4.3 bzw. B 5.4 aufgeführten Regelungen.

B Leistungsarten

1 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

1.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

1.2. Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1 und 3 AUB 2014 i. V. m. den Ziffern 1.3 und 1.6 dieser Besonderen Bedingungen zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50% geführt.

1.3. Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1 b. 2) AUB 2014 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Hand	60 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	5 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	40 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

1.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat
- 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 eine Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist. Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre ununterbrochen erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

1.5. Fristverlängerung bei Invaliditätsansprüchen

In Abänderung von Ziffer 2.1 a. 2) AUB 2014 muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 6 Monaten nach dem Eintritt der Invalidität von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

1.6. Vorerkrankungen

Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB 2014 werden bei der Bemessung Minderung des Invaliditätsgrades berücksichtigt. In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 unterbleibt die Minderung, wenn der

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 50% beträgt.

1.7. Berufliches Flugrisiko

In Abänderung von Ziffer 4.1 d. AUB 2014 sind alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert.

Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie die ausgeschlossenen beruflichen Tätigkeiten in C. 2.2 (z. B. Testpilot und Flugversuchspilot).

2 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 und 2.1 a. 1) und 2) AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im Folgenden unter 2.3 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 uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der im Folgenden unter den Ziffern 2.3.a. - 2.3.f. aufgeführten versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. 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 Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die

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

Dauerhaft bedeutet für einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung aufgrund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen. Ebenfalls ausgeschlossen sind Erkrankungen aus dem autisti-

schen Formenkreis.

c. Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

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

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30% oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15%
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV (modifizierte Form für Kinder und Säuglinge)

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbessert sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

d. Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Niere, die z. B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden sind. Geleistet wird ausschließlich bei Nierenerkrankungen, die die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer und irreversibel so reduzieren, dass die Werte

- Glomeruläre Filtrationsrate 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert (Serum) 4mg/dl (350µmol/l) nicht überschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder 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. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lunge, wie z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt. Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungen, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40% oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40% oder
- Arterielle Sauerstoffsättigung (SpO2/SaO2) kleiner gleich 50% ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

f. Lebererkrankungen

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt; im Serum) größer gleich 3,0 mg/dl (51 µmol/l)
- Albuminwert (im Serum) kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40%

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

2.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab dem Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist.

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 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist. Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

2.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktezah von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein. Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

3.3. Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitenarten: A und B.

Die Punktezah von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesen Vertrag zugrunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 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 mehr 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

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

1) Obere Extremitäten

Handfunktion

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Mal-/ Schreibstift zu benutzen und damit

- 4-11jährige: einen Strich zu malen
- 12-18jährige: einen Kreis zu malen

oder

weder mit der rechten noch mit der linken Hand 2 Bauklötze aufeinander zu stapeln (maximale Größe der Bauklötze 60x30x15 mm 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.

25 Punkte

Heben und Tragen

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

- bei 4-11jährigen: einen 1 kg schweren Gegenstand von der Sitzfläche eines Stuhls
- bei 12-18jährigen: einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5m wegzutragen

25 Punkte

Arme bewegen

4-11jährige: 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).

12-18jährige: 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.

Der rechte und der linke Arm müssen in gleicher Wei-

se eingeschränkt sein.

25 Punkte

2) Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe

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

Nicht mehr hinauf oder hinab gehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen. Die Treppe-
stufenhöhe sollte 18 cm nicht überschreiten.

15 Punkte

Nicht gehen können; Beine nicht benutzen können

4-11jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage 2 Hüpfen/Schlussprünge zu machen. Verordnete Hilfsmittel, wie z. B. Orthesen müssen benutzt werden.

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

12-18jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m 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.

30 Punkte

Stehen

4-11jährige: 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.

12-18jährige: 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.

30 Punkte

Knien und Bücken

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

30 Punkte

3) Wirbelsäule und Becken

Sitzen

4-11jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage 2 Minuten auf einen Hocker zu sitzen.

12-18jährige: Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage 5 Minuten auf einen Hocker zu sitzen.

„Hocker“ bedeutet ein Sitzmöbel ohne Rücken- und

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

Armlehnen.

Die Füße müssen jeweils beim Sitzen den Boden berühren.

20 Punkte

Erheben

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

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

20 Punkte

Beugen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht (bei 4-6jährigen von 1 kg Gewicht) vom Boden aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch (bei 4-6jährigen auf der Sitzfläche eines Stuhls) abzusetzen.

30 Punkte

3.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals ärztlich festgestellt worden ist.

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 der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50% gesunken ist. Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.

3.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 werden die Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4 Rentenleistungen bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2. Voraussetzung für die Leistung

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

- a. Die versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für eine Einstufung in Pflegestufe I, II oder III nach Maßgabe dieser Bedingungen. Das entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zugrunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend.

- Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- b. Die versicherte Person ist für sechs Monate ununterbrochen, mindesten im Umfang von zwei Pflegepunkten pflegebedürftig 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 Pflegetabelle zugrunde gelegt.

• Fortbewegen im Zimmer

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.

1 Punkt

• Aufstehen und Zubettgehen

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

1 Punkt

• An- und Auskleiden

Hilfsbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

1 Punkt

• Einnehmen von Mahlzeiten oder Getränken

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.

1 Punkt

• Waschen

Hilfsbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannen Griffen oder einem Wannenlift – sich nicht oh-

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

ne fremde Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfsbedarf.

1 Punkt

• Verrichten der Notdurft

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.

1 Punkt

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

4.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach 4.2.a. oder b. vorliegen
- 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 keine Pflegestufe mehr besteht. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegebedürftigkeit nach dieser Frist entfallen ist.)

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Voraussetzungen für eine Pflegestufe innerhalb eines Monats zu melden.

4.4. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente)

5.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

5.2. Voraussetzung für die Leistung

a. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer Krebserkrankung (bösartige, maligne Tumore). 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

b. Lymphknotenkrebs

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt als Leistungsfall unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Lymphknotenkrebserkrankung. Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Lymphsystems einschließlich Lymphome und Morbus Hodgkin.

c. Blutkrebs

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt als Leistungsfall unter den nachfolgenden Voraussetzungen der Eintritt einer Blutkrebserkrankung.

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe einschließlich Leukämie.

5.3. Bewertungsmaßstab

a. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

Als Krebserkrankungen im Sinne der Ziffer 5.2.1 gelten solche Erkrankungen, die entsprechend der Definition der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV) sind. Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen im Sinne von 5.2.1 berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt.

b. Lymphknotenkrebs

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

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark)

c. Blutkrebs

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

- Schweregrad I: Blutserkrankung ohne Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation
- Schweregrad II: Blutkrebserkrankung mit Stammzell- und/oder Knochenmarktransplantation

d. Andere Krebserkrankungen

Krebserkrankungen im Sinne von 5.2.a., die nicht in Stadien und/oder Schweregrade entsprechend 5.3.a., 5.3.b., 5.3.c. eingeteilt sind, werden nach der Organrente (Ziffer 2), der Grundfähigkeitsrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) berücksichtigt.

5.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir -monatlich im Voraus - rückwirkend ab

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals 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 für die Dauer von max. 6 Monaten
- II für die Dauer von max. 12 Monaten
- III für die Dauer von max. 36 Monaten
- IV für die Dauer von max. 60 Monaten.

Die Rente wird gezahlt bei einer Blutkrebserkrankung einschließlich Leukämie im Schweregrad

- I für die Dauer von max. 36 Monaten
- II für die Dauer von max. 60 Monaten.

Die Rentenzahlung endet

- zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet oder
- zum Ende des Monats, in dem die versicherte Person stirbt.

5.5. Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

a. Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung

Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf, erhöht sich die Leistungsdauer entsprechend des neuen Stadiums/ Grades. Bereits gezahlte Renten 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 Renten auf den Leistungsanspruch 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 5.5.a. und 5.5.a 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 Anforderungen der Organrente (Ziffer 2), der Grundfähigkeitsrente (Ziffer 3) oder der Pflegerente (Ziffer 4) erfüllt, wird die Leistung unter Berücksichtigung von Ziffer 5.2.a hieraus erbracht.

C Weitere Bestimmungen

1 Erweiterungen des Versicherungsschutzes

1.1. Rettung von Menschenleben und/oder Sachen

Die versicherte Person erleidet bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen eine Gesundheitsschädigung. In Ergänzung von Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt diese durch äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person entstehende Gesund-

heitsschädigung als unfreiwillig und ist versichert.

1.2. Einwirkung von Gasen und Dämpfen

Anspruch auf Versicherungsleistung besteht bei unfreiwilligen Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen. Berufs- und Gewerbekrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.3. Tauchtypische Gesundheitsschädigungen

Anspruch auf Versicherungsleistung besteht bei tauchtypischen Gesundheitsschäden wie z.B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung.

1.4. Gesundheitsschäden durch Erfrierungen

Als Unfall gelten auch (ergänzend zu Ziffer 1.2 AUB 2014) Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

1.5. Infektionen

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.

1.6. Erhöhte Kraftanstrengungen

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

1.7. Bewusstseinsstörungen durch Alkohol und Medikamente

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

1.8. Herzinfarkt und Schlaganfall

Der unfallbedingte Herzinfarkt sowie der unfallbedingte Schlaganfall sind gemäß 4.1 a. AUB 2014 versichert. Abweichend von 4.1 AUB 2014 sind auch Unfälle in Folge eines Herzinfarktes oder Schlaganfalles versichert.

1.9. Strahlenschäden

Der Ausschluss gemäß Ziffer 4.2 b. AUB 2014 gilt nicht für Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100-Elektronen-Volt sowie Laser- und Maserstrahlen.

1.10. Nahrungsmittelvergiftungen

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

1.11. 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 Sonstiges

2.1. Nicht versicherbare Personen

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

Nicht versicherbar und trotz Beitragszahlung nicht versichert sind Personen, die folgende Berufstätigkeiten /Beschäftigungen ausüben: Akroba-ten/Artisten/Trapezkünstler, Bergführer Bergsteiger, Berufsfeuerwehrleute, Berufs- und Zeitsoldaten (hierzu zählen auch Personen, die einen freiwilligen Wehrdienst leisten), Berufs-/Vertrags-/Lizenzsportler, Berufstaucher (z.B. Bergungstaucher, Forschungstaucher), Bohrschichtführer, Dompfeur, Feuerwerker, Lehrer für Luftsportgeräte wie z.B. Drachenflug, Paragliding etc., Flugversuchspilot, Lehrer für das Fallschirmspringen, Mitglieder von Munitionssuch- und räumtrupps, Mitglieder von Spezialeinsatzkommandos, Mitglieder von U-Boot-Besatzungen, Pyrotechniker, Radrennfahrer, Rennfahrer, Sprengpersonal, Stuntman, Test-/Versuchs-/Werksfahrer, Testpilot, Tierbändiger

2.2. Änderung der Berufstätigkeit (abweichend von Ziffer 5.2 AUB 2014)

Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person eine Berufstätigkeit/ Beschäftigung gemäß Ziffer C 2.2 aufnimmt und damit nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig erlischt die Versicherung. Den seit Erlöschen des Versicherungsschutzes gezahlten Beitrag zahlen wir zurück.

2.3. Sondergefahren (abweichend von Ziffer 5.2 AUB 2014)

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

2.4. Geringfügige Unfallfolgen (abweichend von Ziffer 7 AUB 2014)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte abweichend von Ziffer 6 AUB 2014 einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

2.5. Versehensklausel (abweichend von Ziffer 6 und 7 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, es sei denn, wir weisen nach, dass es sich hierbei um ein Versehen der versicherten Person handelt und die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige nicht unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegen nicht unverzüglich erfüllt hat.

3 Vertragsfortsetzung bei Volljährigkeit / Ende des Vertrages

In Ergänzung zu Ziffer 5.1 AUB 2014 gilt folgendes:

3.1. Vertragsumstellung

Es ist vereinbart, dass mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet, die „Besonderen Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE) in den bestehenden Vertrag einbezogen werden und die bis dahin gültigen Bedingungen (Multi PROTECT für Kinder – MPK) ab diesem Zeitpunkt nicht mehr Vertragsbestandteil sind.

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

Andernfalls behält sich der Versicherer vor, die Vertragsfort-

führung vom Ergebnis einer erneuten Risikoprüfung abhängig zu machen.

Wurde an die minderjährige versicherte Person eine Leistung gemäß B. Ziffer 1. – 5. 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 Ziffer 3.2 weisen wir hin.

3.2. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn uns – in Abweichung von Ziffer 9.2 AUB 2014 – nicht spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

Abweichend von Ziffer 9.2 AUB 2014 können Sie

- den Versicherungsvertrag in den Fällen der vorstehenden Ziffer 3.1 zum Ablauf desjenigen Versicherungsm Monats in Textform kündigen, der auf die Mitteilung über das Ergebnis einer Risikoprüfung folgt.
- den Versicherungsvertrag in den Fällen der vorstehenden Ziffer 3.1 ohne besondere Frist zum Ablauf des Jahres in Textform kündigen, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet hat.

Weitere Kündigungsmöglichkeiten finden Sie unter Ziffer 9.3 AUB.

3.3. Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

In Abänderung von Ziffer 9.2 und Ziffer 9.3 AUB 2014 wird das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen.

Der Rücktritt oder die Kündigung nach Ziffer 10 AUB 2014 (Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags), Ziffer 12 AUB 2014 (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Ziffer 7 AUB 2014 (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind jedoch von dem oben genannten Ausschluss nicht betroffen und bleiben daher als Recht für uns bestehen.

4 Ausschlüsse

In Ergänzung der Ausschlüsse gemäß Ziffer 4 AUB bestehen für die MPK für alle fünf Leistungsarten nachfolgende weitere Ausschlüsse. Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist:

4.1. Durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person.

Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung (-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störungen der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

4.2. unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

- 4.3. unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat;
- 4.4. durch Kriegsereignisse; bei Kriegsereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten vierzehn Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;
- 4.5. durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten.
- 4.6. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- 4.7. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 4.1 d. AUB 2014. Für die beruflichen Tätigkeiten gemäß Ziffer 1.6 besteht für alle fünf Leistungsarten weiterhin Versicherungsschutz.
- 4.8. anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat.
- 4.9. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

5 Wartezeit

Wir zahlen die vereinbarte Rente, sobald für mindestens eine der Leistungsarten gemäß Ziffern B 1 bis B 5 die jeweiligen Voraussetzungen sowie eine gegebenenfalls geltende Wartezeit erfüllt sind und keine Unversicherbarkeit gemäß Ziffer C 2.2 oder Leistungsausschlüsse gemäß Ziffer C 5 vorliegen.

Wartezeit

Für die Leistungsarten

- Organrente
- Grundfähigkeitenrente
- Pflegerente und
- Krebsrente

Gilt eine Wartezeit von 6 Monaten. Für Leistungsansprüche aufgrund Multiple Sklerose, erhöht sich die Wartezeit auf 12 Monate. Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Für die Leistungsarten Organrente, Grundfähigkeitenrente und Krebsrente gilt:

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome von Erkrankungen oder der Diagnosestellung von Erkrankungen innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen dauerhaft nicht versichert.

Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden. Auch daraus folgende Erkrankungen und deren Folgen sind dauerhaft vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

6 Beitragsanpassung

Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere 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 sind wir berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge den Beitrag mit Wirkung vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben.

Wir sind ebenso berechtigt, eine allgemeine Beitragsanpassung im Versicherungsbestand vorzunehmen, wenn die Beitragsanpassung den Bestimmungen und anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik entspricht. Hierzu ermitteln wir bis zum 1. Juli eines jeden Jahres, um welchen Vomhundertsatz sich das Produkt von Schadenhäufigkeit und Durchschnitt der Schadenzahlungen im vergangenen Kalenderjahr 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 unseren Feststellungen 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 nächst niedrige durch 2,5 teilbare Zahl abzurunden. Im Falle einer Erhöhung sind wir 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 1. Oktober des Jahres, in 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 wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

Vermindert sich der Tarifbeitrag, verpflichten wir uns, den Beitrag vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

7 Bedingungsanpassung

Diese Versicherungsbedingungen wir können auch nachträglich

- 7.1. bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen, oder
- 7.2. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, oder
- 7.3. 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 Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung Ihres Vertragsziels der Multi PROTECT angemessen berücksichtigt.

Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

8 Innovationsklausel

Werden die dem Vertrag zu Grunde liegenden Besonderen Bedingungen zu Ihrer 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.

D 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 B. 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente in Höhe der vereinbarten Rentensumme. Wählbar sind Renten von 500 bis 3.000 Euro in ganzen Hunderterschritten.

3 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

3.1. Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.

3.2. Uns sind 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 Ursachen, 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. Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Pflegeheime, Pflegepersonen, Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

3.4. Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung und nach Vorliegen aller Unterlagen - spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung - die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfallles kann aufgrund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden. Sie könne allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann aufgrund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.

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

3.6. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.

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

4.2. Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt für die Unfallrente, Organrente und Grundfähigkeitsrente nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 5 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. D. Ziffer 3.3, Ziffer 3.4, Ziffer 3.5 und D. Ziffer 3.6 Satz 2 gelten entsprechend.

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Kinder (MPK)

- 4.3. Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 4.4. Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.
- 4.5. Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

5 Folgen bei Verletzung von Pflichten

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

6 Planmäßige Erhöhung der vereinbarten Rentenleistung (sofern vereinbart)

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

6.1. Planmäßige Erhöhung der Versicherungssumme und des Beitrages (Summendynamik)

- a. Die für die Rentenleistung vereinbarte Versicherungssumme wird jährlich um den im Versicherungsschein angegebenen Prozentsatz erhöht. Die Versicherungssumme wird auf volle Euro gerundet.
- b. Für den Betrag, um den sich die Versicherungssumme erhöht, wird nach dem dann gültigen Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend dem Alter und Geschlecht der jeweiligen versicherten Person berechnet.
- c. Die Erhöhung der Versicherungssumme erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres, und zwar erstmal zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres.
- d. Die Vereinbarung über die jährliche Erhöhung von Versicherungssumme und Beitrag nach Ziffer 6.1 endet automatisch für die jeweilige versicherte Person, sobald die Versicherungssumme den Höchstrentenbetrag erreicht hat, der in den zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien des Versicherers angegeben ist.
- e. Sie werden spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags über die erhöhte Versicherungssumme unterrichtet. Über die neue Versiche-

rungssumme erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.

- f. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb eines Monats nach dem Erhöhungstermin in Textform (z. B. E-mail, Fax oder Brief) widersprechen oder Sie den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Haben Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können es jedoch neu beantragen.

6.2. Planmäßige Erhöhung der Rentenleistung (Leistungsdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, 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

In Ergänzung zu Ziffer 15 AUB werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

(Stand 10/2016)

Inhaltsverzeichnis

A	Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten.....	2
B	Leistungsarten	2
1	Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)	2
2	Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)	3
3	Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)	4
4	Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente).....	6
5	Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung	7
C	Weitere Bestimmungen	8
1	Erweiterungen des Versicherungsschutzes	8
2	Sonstiges	8
3	Ende des Vertrages	9
4	Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung	9
5	Ausschlüsse	9
6	Wartezeit.....	10
7	Beitragsanpassung	10
8	Bedingungsanpassung	10
9	Innovationsklausel	11
D	Rentenleistung	11
1	Zeitpunkt der Rentenleistung	11
2	Höhe der Leistung.....	11
3	Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung	11
4	Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung	11
5	Folgen bei Verletzung von Pflichten	12
6	Planmäßige Erhöhung der vereinbarten Rentenleistung (sofern vereinbart).....	12
7	Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen	12

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

Für Ihren Versicherungsvertrag „Funktionelle Invaliditätsabsicherung“ gelten die Allgemeinen Unfallversicherungsbedingungen (AUB 2014) und die folgenden Besonderen Bedingungen (Multi PROTECT für Erwachsene-MPE). Dies gilt für alle versicherten Personen, die bei Versicherungsbeginn das 18. Lebensjahr vollendet haben. Sofern nicht in diesen Besonderen Bedingungen davon abweichende Regelungen getroffen sind, gelten die AUB 2014.

A Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

Die Multi PROTECT unterscheidet fünf Leistungsarten:

- Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente - siehe B. Ziffer 1);
- Rentenleistung bei Organschäden (Organrente - siehe B. Ziffer 2);
- Rentenleistung bei Verlust einzelner definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente – siehe B. Ziffer 3);
- Rentenleistung bei Pflegebedürftigkeit (Pflegerente - siehe B. Ziffer 4) und
- Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente - siehe B. Ziffer 5).

Der Leistungsfall muss vor Ablauf des Versicherungsjahres eintreten, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet. 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 vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

Mit Ausnahme der Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung (Krebsrente) gilt Folgendes:

Die Leistungserbringung ist zunächst auf 3 Jahre befristet. Innerhalb dieser 3 Jahre nach Zahlung der ersten Monatsrente haben wir 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 Sie haben 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.

B Leistungsarten

1 Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

1.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

1.2. Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat nach den Bemessungsgrundsätzen der Ziffern 2.1 und 3 AUB 2014 i. V. m. den Ziffern 1.2.1 und 1.5 dieser Besonderen Bedingungen zu einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt.

1.3. Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1.b. 2) AUB 2014 gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

Arm	70 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	65 %
Hand	60 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
Bein bis unterhalb des Knies	60 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	5 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	10 %
Stimme	40 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil des jeweiligen Prozentsatzes.

1.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat
- 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 eine Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad unter 50 % gesunken ist. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre ununterbrochen erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

1.5. Fristverlängerung bei Invaliditätsansprüchen

In Abänderung von Ziffer 2.1 a. 2) AUB 2014 muss die Invalidität innerhalb von 15 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 6 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

1.6. Vorerkrankungen

Auswirkungen von Gebrechen und Krankheiten im Sinne von Ziffer 3 AUB 2014 werden bei der Bemessung der Minderung des Invaliditätsgrades berücksichtigt. In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 unterbleibt die Minderung, wenn der Mitwirkungsanteil der Krankheit oder des Gebrechens weniger als 50 % beträgt.

1.7. Berufliches Flugrisiko

In Abänderung von Ziffer 4.1.d. AUB 2014 sind alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert.

Ausgeschlossen bleiben berufliche Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie die ausgeschlossenen beruflichen Tätig-

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

keiten in C. 2.1 (z. B. Testpilot und Flugversuchspilot).

1.8. Motorradfahrer

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.

2 Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffern 1.2 AUB 2014 und 2.1 a. 1) und 2) AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im Folgenden unter 2.3 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 uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50 %. 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 Störungen oder Geisteskrankheiten

Versichert sind alle psychischen oder geistigen Erkrankungen, die

- zu einer dauerhaften Betreuung oder dauerhaften Pflegebedürftigkeit oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer ge-

schlossenen Einrichtung oder

- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung geführt haben.

Dauerhaft bedeutet für einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften geschlossenen Unterbringung auf Grund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

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 erheblichen Minderung der Pumpleistung des Herzens geführt haben.

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- Herzvergrößerung Herz-Thorax-Ratio größer gleich 1,5 oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) III oder IV

Der Zustand muss irreversibel und auch durch Medikamente nicht dauerhaft über das oben beschriebene Maß verbesserbar sein. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

d. Nierenerkrankungen

Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Nieren, 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 40ml/min/1,73 qm Körperoberfläche bzw.
- Kreatinin-Clearance von 30ml/min/1,73 qm Körperoberfläche nicht überschritten werden oder
- der Kreatininwert 4mg/dl (350µmol/l) nicht unterschritten wird.

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder 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. Eingeschlossen sind alle Erkrankungen der Lungen, wie z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm bestimmt. Die Funktionsminderung wird ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt.

Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

- Forciertes expiratorisches Volumen (FEV1) kleiner gleich 40 % oder
- Vitalkapazität (VK) kleiner gleich 40 % oder

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

- Sauerstoffpartialdruck im arteriellen Blut (pO₂) kleiner gleich 50 % ist.

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsminderung. Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

f. Lebererkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Leberschädigung, die die Funktion der Leber erheblich reduziert. Die Funktionsminderung der Leber ist dann erheblich reduziert, wenn mindestens zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Auftreten von Bauchwasser (Aszites)
- Auftreten von Krampfadern in der Speiseröhre
- Bilirubinwert (gesamt) größer gleich 3,0 mg/dl (51µmol/l)
- Albuminwert (im Serum) kleiner gleich 3,5 g/dl (35 g/l)
- Quickwert kleiner gleich 40 %

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

2.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals 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 weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten).

2.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

3 Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktezahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein. Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu

belegen.

3.3. Bewertungsmaßstab

Die Bewertungsskala der Grundfähigkeiten unterscheidet zwei Grundfähigkeitenarten: A und B.

Die Punktezahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 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 Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

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

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht 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

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

Seiten vollständig ertaubt ist:

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

Handfunktionen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit der linken noch mit der rechten Hand einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen

oder

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.

25 Punkte

Heben und Tragen

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 m wegzutragen.

25 Punkte

Arme bewegen

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 Schürzenbindegrieff) beider Arme.

„Jacke oder Mantel“ bedeuten hierbei normale Klei-

dungsstücke mit Ärmeln.

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

25 Punkte

2) Untere Extremitäten (Treppen steigen)

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 18 cm nicht überschreiten:

- Treppe hinauf gehen **15 Punkte**
- Treppe hinunter gehen **15 Punkte**

Nicht gehen können

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

30 Punkte

Stehen

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

30 Punkte

Knien und Bücken

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

30 Punkte

3) Wirbelsäule und Becken (Sitzen und Erheben)

Definition „Sitzen“:

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.

20 Punkte

Definition „sich erheben“:

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

20 Punkte

„Ohne Gebrauch der Hände und Arme“ bedeutet:

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

Beugen

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

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

30 Punkte

4) Mobilität

Auto fahren

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.

30 Punkte

3.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals 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 weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

3.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4 Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2. Voraussetzung für die Leistung

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

- a. Die versicherte Person erfüllt die Voraussetzungen für eine Einstufung in Pflegestufe I, II oder III nach Maßgabe dieser Bedingungen. Das entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zugrunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mehr als 50%. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für we-

nigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

- Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
 - Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
- b. Die versicherte Person ist für sechs Monate ununterbrochen, mindesten im Umfang von zwei Pflegepunkten pflegebedürftig 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 Pflegetabelle zugrunde gelegt.

• Fortbewegen im Zimmer

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.

1 Punkt

• Aufstehen und Zubettgehen

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

1 Punkt

• An- und Auskleiden

Hilfsbedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

1 Punkt

• Einnehmen von Mahlzeiten oder Getränken

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.

1 Punkt

• Waschen

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

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

mer zu gelangen, gilt nicht als Hilfsbedarf.

1 Punkt

• Verrichten der Notdurft

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 Bettenschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

1 Punkt

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

4.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit nach 4.2 a. oder b. vorliegen
- 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 keine Pflegestufe mehr besteht. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegebedürftigkeit nach dieser Frist entfallen ist.)

Die versicherte Person ist verpflichtet, den Wegfall der Voraussetzungen für eine Pflegestufe innerhalb eines Monats zu melden.

4.4. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB 2014 werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5 Rentenleistung bei Feststellung einer Krebserkrankung

5.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

5.2. Voraussetzungen für die Leistung

a. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt als Leistungsfall 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

b. Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

In Ergänzung zu Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt als Leistungsfall der Eintritt einer Lymphknoten- und/oder Blutkrebs-erkrankung.

Unter diesen Begriff fallen alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

5.3. Bewertungsmaßstab

a. Krebs (ohne Lymphknotenkrebs und Blutkrebs)

Krebserkrankungen werden entsprechend der Definition der „TNM classification of malignant tumours, sixth edition“ der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV). Diese Stadieneinteilung folgt dem Schweregrad einer Krebserkrankung.

Tumoren des Gehirns werden wie Krebserkrankungen im Sinne von 5.2 a. berücksichtigt. Diese Tumoren werden entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) nicht in Stadien sondern in „Grade“ (Schweregrade) I bis IV eingeteilt

b. Lymphknotenkrebs und Blutkrebs

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

- Stadium 1: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells
- Stadium 2: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells
- Stadium 3: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells
- Stadium 4: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark)

Krebserkrankungen im Sinne von 5.2 a. die nicht in Stadien entsprechend TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ der International Union Against Cancer (UICC) eingeteilt sind, werden immer nach dem Organkonzept, Grundfähigkeitenkonzept oder Pflegekonzept entsprechend Ziffer 1.3. berücksichtigt.

5.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir - monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung erstmals 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

- I für die Dauer von max. 6 Monaten,
- II für die Dauer von max. 12 Monaten,
- III für die Dauer von max. 36 Monaten,
- IV für die Dauer von max. 60 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

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

5.5. Anrechnung bereits geleisteter Rentenzahlungen

a. Verschlechterung der festgestellten Krebserkrankung

Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums auf, erhöht sich der Leistungsanspruch entsprechend des neuen Stadiums. Bereits gezahlte Renten 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 Renten auf den Leistungsanspruch 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.

C Weitere Bestimmungen

1 Erweiterungen des Versicherungsschutzes

1.1. Rettung von Menschenleben und/oder Sachen

Die versicherte Person erleidet bei rechtmäßiger Verteidigung oder beim Bemühen zur Rettung von Menschen oder Sachen eine Gesundheitsschädigung. Abweichend von Ziffer 1.2 AUB 2014 gilt diese durch äußere Einwirkung auf den Körper der versicherten Person entstehende Gesundheitsschädigung als unfreiwillig und ist versichert.

1.2. Einwirkung von Gasen und Dämpfen

Anspruch auf Versicherungsleistung besteht bei unfreiwilligen Gesundheitsschädigungen durch allmähliche Einwirkung von Gasen und Dämpfen. Berufs- und Gewerkrankheiten bleiben ausgeschlossen.

1.3. Tauchtypische Gesundheitsschädigungen

Anspruch auf Versicherungsleistung besteht bei tauchtypischen Gesundheitsschäden wie z. B. Caissonkrankheit oder Trommelfellverletzung.

1.4. Gesundheitsschäden durch Erfrierungen

Als Unfall gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen.

1.5. Infektionen

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.

1.6. Erhöhte Kraftanstrengungen

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

1.7. Herzinfarkt, Schlaganfall und Bewusstseinsstörung

Der unfallbedingte Herzinfarkt sowie der unfallbedingte Schlaganfall sind gemäß 4.1 a. AUB 2014 versichert.

Abweichend von 4.1 a. AUB 2014 sind auch Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen versichert, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten betreffen, hervorgerufen werden.

1.8. Strahlenschäden

Der Ausschluss gemäß Ziffer 4.2 b. AUB 2014 gilt nicht für Gesundheitsschädigungen durch energiereiche Strahlen mit einer Härte bis zu 100-Elektronen-Volt sowie Laser- und Maserstrahlen.

1.9. Nahrungsmittelvergiftungen

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

1.10. 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.

1.11. Sonstige Leistungseinschlüsse

Es besteht Versicherungsschutz für Blutungen aus inneren Organen und Gehirnblutungen, Vergiftungen und Schäden an Bandscheiben.

2 Sonstiges

2.1. Nicht versicherbare Berufe

Nicht versichert sind Beeinträchtigungen bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten: Akrobat, Artist, Bergungstaucher, Bohrschichtführer, Boxer, Dompfeur, Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot, Forschungstaucher, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Schießmeister, Sprengmeister/-beauftragter/-berechtigter/-hauer/-macher, Stückschieser (Bergbau), Rennfahrer im Bereich Motorsport (z. B. Formel 1 oder Motorradfahrer), Stunt-man, Testfahrer, Testpilot, Tierbändiger, Trapezkünstler, Versuchsfahrer und Werksfahrer.

2.2. Änderung der Berufstätigkeit

(abweichend von Ziffer 5.2 AUB 2014)

Unterbleibt die Anzeige über die Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung versehentlich, tritt eine Änderung der vereinbarten Versicherungssumme in Abänderung von Ziffer 5.2 AUB 2014 nicht ein, sofern wir für die neue Berufstätigkeit oder Beschäftigung überhaupt Versicherungsschutz gewähren.

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.

2.3. Sondergefahren

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

(abweichend von Ziffer 5.2 AUB 2014)

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.

2.4. Geringfügige Unfallfolgen

(abweichend von Ziffer 7 AUB 2014)

Bei zunächst geringfügig erscheinenden oder nicht erkennbaren Unfallfolgen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn der Versicherte abweichend von Ziffer 6 AUB 2014 einen Arzt erst dann hinzuzieht, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.

2.5. Versehensklausel

(abweichend von Ziffer 6 und 7 AUB 2014)

Unterbleibt versehentlich die Anzeige bzw. die Erfüllung einer vertraglichen Obliegenheit, so beeinträchtigt das unsere Leistungspflicht nicht, es sei denn, wir weisen nach, dass es sich hierbei nicht um ein Versehen der versicherten Person handelt und die versicherte Person nach Erkennen die Anzeige nicht unverzüglich nachgeholt bzw. die Obliegenheit nicht unverzüglich erfüllt hat.

2.6. Schadenminderungspflicht

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

3 Ende des Vertrages

3.1. Grundsätzliches

Ihr Vertrag endet – in Abweichung von Ziffer 9.2 AUB 2014 – ohne dass es einer Kündigung bedarf, spätestens mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

3.2. Kündigung durch den Versicherungsnehmer

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn uns – in Abweichung von Ziffer 9.2 AUB 2014 – nicht spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

3.3. Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

In Abänderung von Ziffer 9.2 und Ziffer 9.3 AUB 2014 wird das Kündigungsrecht des Versicherers ausgeschlossen. Der Rücktritt oder die Kündigung nach Ziffer 10 AUB 2014 (Nichtzahlung des Erst- bzw. Folgebeitrags), Ziffer 12 AUB 2014 (Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht) oder Ziffer 7 AUB 2014 (Nichtbeachtung von Obliegenheiten im Leistungsfall) sind jedoch von dem oben genannten Ausschluss nicht betroffen und bleiben daher als Recht für uns bestehen.

4 Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung

4.1. Sie können unter den nachfolgenden Voraussetzungen einmalig, ohne erneute Risikoprüfung, die versicherte monatliche Rente erhöhen, sofern diese Erhöhung nicht mehr als 25 % (max. 500 Euro) der bislang versicherten monatlichen Rente beträgt (Erhöhungsgarantie).

- a. bei Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person,

als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z. B. Heiratsurkunde) einzureichen;

- b. bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;
- c. bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen;
- d. bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z. B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen;
- e. bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen.

4.2. Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,

- a. dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist;
- b. dass der zu diesem Zeitpunkt in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstrentenbetrag noch nicht erreicht ist
- c. dass der Leistungsfall im Sinne von Abschnitt B. Ziffer 1 - B. Ziffer 4 noch nicht eingetreten ist;
- d. dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

4.3. 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.

4.4. 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.

5 Ausschlüsse

In Ergänzung der Ausschlüsse gemäß Ziffer 4 AUB 2014 bestehen für die Multi PROTECT für alle fünf Leistungsarten nachfolgende weitere Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist:

- 5.1. durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- 5.2. unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person;
- 5.3. unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat;
- 5.4. durch Kriegereignisse; bei Kriegereignissen außerhalb der Bundesrepublik Deutschland werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten vierzehn Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

- 5.5. durch Strahlen auf Grund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten;
- 5.6. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;
- 5.7. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 4.1 d AUB 2014. Für die beruflichen Tätigkeiten gemäß B. Ziffer 1.6 besteht für alle fünf Leistungsarten weiterhin Versicherungsschutz.
- 5.8. anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des deutschen Außenministeriums (Auswärtiges Amt) bestanden hat.
- 5.9. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn der Blutalkoholgehalt der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalls über 1,3 Promille lag oder die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalls unter Drogeneinfluss stand.

6 Wartezeit

6.1. Für die Leistungsarten

- Organrente,
- Grundfähigkeitenrente,
- Pflegerente und
- Krebsrente

gilt eine Wartezeit von 6 Monaten. Die Wartezeit entfällt, wenn ein Leistungsanspruch durch ein Unfallereignis verursacht wurde. Für Leistungsansprüche aufgrund Multiple Sklerose erhöht sich die Wartezeit auf 12 Monate.

6.2. Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von Multiple Sklerose, Krebs oder anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist diese Krankheit und deren Folgen 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.

7 Beitragsanpassung

Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere 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 sind wir berechtigt, für die zu diesem Zeitpunkt bestehenden Versicherungsverträge den Beitrag mit Wirkung vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an bis zur Höhe des neuen Tarifbeitrages anzuheben.

Wir sind ebenso berechtigt, eine allgemeine Beitragsanpassung im Versicherungsbestand vorzunehmen, wenn die Beitragsanpassung den Bestimmungen und anerkannten Grundsätzen der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik entspricht. Hierzu ermitteln wir bis zum 1. Juli eines jeden Jahres, um welchen Vomhundertsatz sich das Produkt von Schadenhäufigkeit und Durchschnitt der Schadenzahlungen im vergangenen Kalenderjahr 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 unseren Feststellungen 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 nächst niedrige durch 2,5 teilbare Zahl abzurunden. Im Falle einer Erhöhung sind wir 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 1. Oktober des Jahres, in 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 wir Ihnen die Änderung unter Kenntlichmachung des Unterschiedes zwischen altem und neuem Beitrag spätestens einen Monat vor dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens mitteilen und Sie schriftlich über Ihr Kündigungsrecht belehren.

Sie können im Fall der Beitragserhöhung den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung zu dem Zeitpunkt kündigen, an dem die Beitragserhöhung wirksam werden würde.

Vermindert sich der Tarifbeitrag, verpflichten wir uns, den Beitrag vom Beginn der nächsten Versicherungsperiode an auf die Höhe des neuen Tarifbeitrages zu senken.

8 Bedingungsanpassung

Diese Versicherungsbedingungen können wir auch nachträglich

- 8.1. bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen, oder
- 8.2. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung, oder
- 8.3. 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 Versicherungs-

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns 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 Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründen mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

9 Innovationsklausel

Werden die dem Vertrag zu Grunde liegenden Besonderen Bedingungen zu Ihrer 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.

D 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 B. 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2 Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente in Höhe der vereinbarten Rentensumme. Wählbar sind Renten von 500 bis 3.000 Euro in ganzen Hunderterschritten.

3 Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

- 3.1. Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung entsprechend der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte, und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.
- 3.2. Uns sind 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. Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige medizinische Einrichtungen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Des Weiteren

können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

- 3.4. Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen. Bei Ablehnung eines Leistungsfalles kann auf Grund der gleichen Krankheit frühestens nach einer Wartezeit von 12 Monaten erneut ein Leistungsantrag gestellt werden. Sie können allerdings auf eigene Kosten in kürzeren Abständen medizinische Unterlagen einreichen. Wird dann auf Grund der eingereichten Unterlagen der Leistungsfall festgestellt, so übernehmen wir einmalig die entstandenen Kosten für die medizinischen Unterlagen bis zur Höhe einer Monatsrente.
- 3.5. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen, einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.
- 3.6. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die Reisekosten sind von Ihnen zu zahlen.
- 3.7. Sämtliche Unterlagen für die Leistungsprüfung sind in deutscher Sprache einzureichen. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

4 Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

- 4.1. Eine Minderung oder ein Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod der versicherten Person müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.
- 4.2. Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 3 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. D. Ziffer 3.3, Ziffer 3.4, Ziffer 3.5 und D. Ziffer 3.6 Satz 2 gelten entsprechend.
- 4.3. Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.
- 4.4. Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.
- 4.5. Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

Besondere Bedingungen zur Absicherung der Funktionellen Invalidität (Multi PROTECT) für Erwachsene (MPE)

5 Folgen bei Verletzung von Pflichten

Solange eine Mitwirkungspflicht nach D. Ziffern 3 – 4 von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Das gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Ihre Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie 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 Beitrages (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 Euro erreicht hat. Die Leistungsdynamik gemäß Ziffer 6.2 ist hiervon nicht betroffen und gilt unverändert weiter.
- e. Sie werden spätestens mit der Aufforderung zur Zahlung des neuen Beitrags über die erhöhte Versicherungssumme unterrichtet. Über die neue Versicherungssumme erhalten Sie einen Nachtrag zum Versicherungsschein.
- f. Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb eines Monats nach dem Erhöhungstermin in Textform (z. B. E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen oder Sie den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Haben Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch gemacht, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen. Sie können es jedoch neu beantragen.

6.2. Planmäßige Erhöhung der Rentenleistung (Leistungsdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, 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

In Ergänzung zu Ziffer 15 AUB 2014 werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie schriftlich erfolgen und uns zugegangen sind.