

Verbraucherinformationen PrismaBU^{Exxellent}

Berufsunfähigkeitsversicherung mit Kostenausgleichsvereinbarung

Inhaltsverzeichnis

Informationen zur Berufsunfähigkeitsversicherung PrismaBU ^{Exxellent}	2
Allgemeine Angaben über die Steuerregelung	3
Hinweise zur Datenverarbeitung	4
Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung PrismaBU ^{Exxellent}	6
Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz	12
Anhang zur Definition der schweren Krankheiten	13
Anhang zur Definition der Operationen	14
Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung	15
Bedingungen für die Kostenausgleichsvereinbarung (KAV)	16
Gebührentabelle	17

Informationen zur Berufsunfähigkeitsversicherung PrismaBU^{Excellent}

Sehr geehrter Kunde, als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen. Die Angaben in diesen Informationen ergänzen diejenigen Angaben, die bereits in dem von Ihnen gestellten Versicherungsantrag, alternativ unserem Angebot, Ihrem Antrag oder unserem Angebot auf Kostenausgleichsvereinbarung oder in den weiteren Unterlagen der Verbraucherinformationen enthalten sind. Bewahren Sie diese Verbraucherinformationen bitte sorgfältig auf, sie sind Bestandteil Ihres Versicherungsvertrages.

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN UND GELTENDES RECHT

Für das jeweilige Versicherungsverhältnis gelten die Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung PrismaBU nach dem Tarif Excellent September 2011. Auf diesen Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

VERSICHERER UND VERTRAGSPARTNER

Ihr Vertragspartner ist die:

PrismaLife AG
Industriestraße 56
9491 Ruggell
Liechtenstein
Telefon: +423 237 00 00
Fax: +423 237 00 09
info@prismalife.com
www.prismalife.com

im Folgenden PrismaLife.
Die PrismaLife ist ein Lebensversicherungsunternehmen.

LEISTUNGEN DES VERSICHERERS

Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers entnehmen Sie bitte Ihrer Versicherungspolice und den jeweiligen Versicherungsbedingungen.

ANPASSUNG DER RISIKO- UND KOSTENPRÄMIEN

Unser verantwortlicher Aktuar prüft jedes Jahr, ob die Risiko- und Kostenprämien erwartungsgemäß für das nächste Jahr ausreichen. Die Risiko- und die Kostenprämien können jährlich erhöht werden, wenn sich der Aufwand für die Risikotragung bzw. die Vertragsverwaltung erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Aktuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

BEITRÄGE UND ZAHLWEISE

Der Beitrag für Ihren Versicherungsvertrag wird auf Ihrer Versicherungspolice ausgewiesen. Die Beitragszahlung erfolgt monatlich.

ABSCHRIFTEN

Sie können jederzeit Abschriften der Erklärungen fordern, die Sie mit Bezug auf die Police abgegeben haben.

BERUFUNFÄHIGKEITSRENTE

Werden Sie nach Beginn des Versicherungsschutzes und während der Versicherungsdauer berufsunfähig, erhalten Sie die versicherte Berufsunfähigkeitsrente.

ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG

Als PrismaBU^{Excellent} ist dieser Vertrag an den Überschüssen beteiligt.

KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG

Die mit Abschluss des Versicherungsvertrages entstehenden Abschluss- und Einrichtungskosten werden separat über eine Kostenausgleichsvereinbarung ausgeglichen. Bitte beachten Sie, dass die Auflösung des Versicherungsvertrages grundsätzlich nicht zur Beendigung der Kostenausgleichsvereinbarung führt.

ANTRAGSBINDEFRIST BZW. ANGEBOTSANNAHMEFRIST

An Ihren Versicherungsantrag sind Sie sechs Wochen ab dem Tag der Antragstellung gebunden. Findet ein Tele-Interview statt, schicken wir Ihnen ein Angebot für eine PrismaBU zu, an welches wir uns ab Zugang bei Ihnen vier Wochen binden.

KÜNDIGUNG

Sie können Ihre PrismaBU^{Excellent} jederzeit schriftlich kündigen. Ihre Kündigung wird zehn Arbeitstage nach Zugang bei der PrismaLife wirksam. Die Kündigung des Versicherungsvertrages führt aber grundsätzlich nicht zur Beendigung der Kostenausgleichsvereinbarung. Die fälligen Tilgungsraten der Kostenausgleichsvereinbarung müssen weiterhin beglichen werden.

SOFORTHILFE/NOTFALLTELEFON

Bei Fragen zu einer drohenden Berufsunfähigkeit beraten und unterstützen wir Sie gerne jederzeit. Sie erreichen uns in einem solchen Fall von 0 - 24 Uhr an allen Kalendertagen unter:

Telefon: 01805-807711
(14 Cent/Minute aus dem deutschen Festnetz; Max. 42 Cent/Minute Mobil)
E-Mail: Assistance@prismalife.com

BESCHWERDESTELLEN

Falls Sie sich einmal beschweren wollen, können Sie dies bei:

Beschwerdestelle der PrismaLife AG
Industriestraße 56
9491 Ruggell
Liechtenstein
beschwerdestelle@prismalife.com

FMA Finanzmarktaufsicht Liechtenstein

Landstrasse 109,
Postfach 279
9490 Vaduz
Liechtenstein

Ihre Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt von den Beschwerdemöglichkeiten unberührt.

Allgemeine Angaben über die Steuerregelung in der Bundesrepublik Deutschland

für die PrismaBU mit Vertragsbeginn ab 01.07.2011 gilt:

A. EINKOMMENSTEUER

Einzahlungsphase:

Die entrichteten Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer als Sonderausgaben abgezogen werden. Die Abzugsfähigkeit der Beiträge ist allerdings gemäß § 10 Abs.1 Nr. 3 a EStG nur bis zum "Höchstbetrag für andere Vorsorgeaufwendungen" zu berücksichtigen.

Auszahlungsphase:

Renten aus Berufsunfähigkeitsdeckungen sind grundsätzlich als Leibrenten mit dem Ertragsanteil gemäß § 22 Nr. 5 a i.V.m. Nr. 1 S. 3 a EStG zu versteuern.

Leistungen aus der Dread Disease Deckung sind unabhängig von der Laufzeit oder der Höhe der Einmalzahlung einkommensteuerfrei.

B. ERBSCHAFTSSTEUER/SCHENKUNGSSTEUER

Ansprüche oder Leistungen aus der PrismaBU unterliegen der Erbschafts- bzw. Schenkungssteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod als Erwerb von Todes wegen (z.B. aufgrund eines Bezugsrechts oder als Teil des Nachlasses) erworben werden. Erhält der Versicherungsnehmer die Versicherungsleistung, ist sie grundsätzlich nicht erbschafts- und schenkungssteuerpflichtig.

C. VERSICHERUNGSSTEUER

Beiträge zur PrismaBU unterliegen nicht der Versicherungssteuer.

Für den Fall, dass Versicherungsnehmer und versicherte Person nicht die selbe Person sind, können sich Abweichungen von vorstehenden Ausführungen ergeben. Diese Steuerinformation stellt keinen Ersatz für eine individuelle Steuerberatung dar. Insbesondere können verschiedene Vertragsänderungen oder die Änderung der rechtlichen Grundlagen Auswirkungen auf die Besteuerung Ihres Versicherungsvertrages haben.

Hinweise zur Datenverarbeitung

VORBEMERKUNG

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln. Auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren. Die Verarbeitung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person wird durch das Datenschutzgesetz (DSG) geregelt. Danach ist die Datenverarbeitung und –nutzung zulässig, wenn das DSG sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das DSG erlaubt die Datenverarbeitung und –nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der speichernden Stelle erforderlich ist und kein Grund zu der Annahme besteht, dass das schutzwürdige Interesse des Betroffenen an dem Abschluss der Verarbeitung oder Nutzung überwiegt.

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Unabhängig von dieser im Einzelfall vorzunehmenden Interessenabwägung und im Hinblick auf eine sichere Rechtsgrundlage für die Datenverarbeitung ist in Ihrem Versicherungsvertrag bzw. in Ihrer Annahmeerklärung eine Einwilligungserklärung nach dem DSG aufgenommen worden. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrages hinaus, endet jedoch – außer in der Lebens- und Unfallversicherung – schon mit Ablehnung des Antrages oder durch Ihren jederzeit möglichen Widerruf, der allerdings den Grundsätzen von Treue und Glauben unterliegt. Wird die Einwilligungserklärung bei Ihrer Antragstellung ganz oder teilweise gestrichen, kommt es unter Umständen nicht zu einem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise gestrichener Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und –nutzung in dem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie in der Vorbemerkung beschrieben, erfolgen.

ERKLÄRUNG ZUR ENTBINDUNG VON DER SCHWEIGEPFLICHT UND ZUM DATENSCHUTZ

Daneben setzt auch die Übermittlung von besonderen Arten personenbezogener Daten, die, wie z.B. beim Arzt, einem Berufsgeheimnis unterliegen, eine spezielle Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflichtentbindung) voraus. In der Lebens-, Kranken- und Unfallversicherung (Personenversicherung) ist daher in Ihrem Antrag bzw. in Ihrer Annahmeerklärung auch eine Schweigepflichtentbindungsklausel enthalten. Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenverarbeitung und –nutzung nennen.

1. Datenspeicherung bei Ihrem Versicherer

Wir speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben zum Antrag (Antragsdaten). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes gespeichert (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben zum Schaden und ggf. auch Angaben von Dritten oder bei Ablauf

einer Lebensversicherung den Auszahlungsbetrag (Leistungsdaten).

2. Datenübermittlung an Rückversicherer

Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen allenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos und Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadensbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3. Datenübermittlung an andere Versicherer

Nach dem Versicherungsvertragsgesetz hat der Versicherte bei Antragsstellung, jeder Vertragsveränderung und im Schadensfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Schadensabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherten aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen. Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Schaden wie Schadenshöhe und Schadenstag.

4. Zentrale Hinweissysteme

Bei Prüfung eines Antrages oder eines Schadens kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband, Auskunftsteile bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten. Dazu bestehen bei den Fachverbänden zentrale Hinweissysteme. Solche Hinweissysteme gibt es u.a. beim Verband der Lebensversicherungs-Unternehmen. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind. Beispiele:

- Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen;
 - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer;
 - wegen verweigerter Nachuntersuchung;
- Aufhebung des Vertrages durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers;
- Ablehnung des Vertrages seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

5. Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe

Einzelne Versicherungsbranchen (z.B. Lebens-, Kranken-, Sachversicherung) und andere Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparen, Kapitalanlagen, Immobilien) werden durch rechtlich selbstständige Unternehmen betrieben. Um den Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz anbieten zu können, arbeiten die Unternehmen häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, wie das Inkasso oder die Datenverarbeitung. So wird z.B. Ihre Adresse nur einmal gespeichert, auch wenn Sie Verträge mit verschiedenen Unternehmen der Gruppe abschließen; und auch Ihre Versicherungssumme, die Art der Verträge, ggf. Ihr Geburtsdatum, Kontonummer und Bankleitzahl, d.h. Ihre allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, werden in einer zentralen Datensammlung geführt.

Dabei sind die sogenannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar. Auf diese Weise kann eingehende Post immer richtig zugeordnet und bei telefonischer Anfrage sofort der zuständige Partner genannt werden. Auch Geldeingänge können so in Zweifelsfällen ohne Rückfragen korrekt gebucht werden.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar. Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von »Datenübermittlung«, bei der die Vorschriften des Datenschutzgesetzes zu beachten sind.

Daneben arbeiten unsere Versicherungsunternehmen und die Vermittler zur umfassenden Beratung und Betreuung ihrer Kunden in weiteren Finanzdienstleistungen (z.B. Kredite, Bausparverträge, Kapitalanlagen, Immobilien) auch mit Kreditinstituten, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobilien-gesellschaften außerhalb der Gruppe zusammen.

Die Zusammenarbeit besteht in der gegenseitigen Vermittlung der jeweiligen Produkte und der weiteren Betreuung der so gewonnenen Kunden. So vermitteln z.B. die Kreditinstitute im Rahmen einer Kundenberatung/-betreuung Versicherungen als Ergänzung zu den eigenen Finanzdienstleistungsprodukten.

Im erforderlichen Umfang können wir Daten, die sich aus dem Antrag auf Kostenausgleichsvereinbarung, der Kostenausgleichsvereinbarung oder ihrer Durchführung ergeben, an eine refinanzierende Bank und an Auskunftunternehmen (z.B. SCHUFA, Bürgel, Infoscoring, Creditreform) übermitteln und/oder mit diesen in gemeinsamen Datensammlungen führen. Weiterhin können wir Auskunft über die uns betreffenden gespeicherten Daten bei Auskunftunternehmen erhalten, beispielsweise zur Prüfung der Bonität des Antragstellers. Dies gilt auch unabhängig vom Zustandekommen der Kostenausgleichsvereinbarung.

Für die Datenverarbeitung der vermittelnden Stelle gelten die folgenden Ausführungen unter Punkt 6.

6. Betreuung durch Versicherungsvermittler

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe bzw. unserer

Kooperationspartner werden Sie durch einen mit unserem Hause zusammenarbeitenden Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften sowie im Rahmen der Zusammenarbeit bei Finanzdienstleistungen auch Kreditinstitute, Bausparkassen, Kapitalanlage- und Immobiliengesellschaften u.a.

Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesen Zwecken von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihrem Antrag bzw. aus Ihren Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos, Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen sowie von unseren Partnerunternehmen Angaben über andere finanzielle Dienstleistungen.

Ausschließlich zum Zweck von Vertragsanpassungen in der Personenversicherung können an den zuständigen Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Die Vermittler verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Sie werden von uns auch über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

7. Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem Datenschutzgesetz neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei gespeicherten Daten. Wegen eventueller weiterer Auskünfte und Erläuterungen wenden Sie sich bitte an den betrieblichen Datenschutzbeauftragten unseres Hauses. Richten Sie auch ein etwaiges Verlangen nach Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten stets an die Hauptverwaltung der PrismaLife.

RENTENBEZUGSMITTEILUNGEN

Versicherungsunternehmen sind nach § 22a Einkommensteuergesetz (EStG) verpflichtet, der Deutschen Rentenversicherung Bund Rentenbezugsmitteilungen zu übermitteln. Die Mitteilung muss bis zum 1. März des Jahres erfolgen, das auf das Jahr folgt, in dem die Rente zugeflossen ist. Die Mitteilung wird dann neben Ihrem Namen, Geburtsdatum, -ort und Ihrer Identifikationsnummer, den Betrag der Rente sowie Beginn und Ende des jeweiligen Leistungsbezugs enthalten.

Bedingungen für die Berufsunfähigkeitsversicherung PrismaBU^{Exzellent}

Sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner. Für die PrismaBU^{Exzellent} werden die nachfolgenden Bedingungen vereinbart, wobei der Begriff der Berufsunfähigkeit nicht mit dem Begriff der Erwerbsminderung oder der Berufsunfähigkeit im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankentagegeldversicherung übereinstimmt.

§ 1 WELCHE LEISTUNGEN ERBRINGEN WIR?

(1) Wird die versicherte Person nach Beginn des Versicherungsschutzes und während der Versicherungsdauer zu mindestens 50% berufsunfähig, erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Befreiung von der Beitragszahlungspflicht,
b) Zahlung der versicherten Berufsunfähigkeitsrente. Bei erstmaliger Anerkennung einer unbefristeten Berufsunfähigkeit leisten wir zudem eine Einmalzahlung in Höhe von sechs Monatsrenten. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Gegenüber der Versicherungsdauer ist die Leistungsdauer der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf für eine während der Versicherungsdauer eingetretene Berufsunfähigkeit die Rente gezahlt wird. Die Leistungsdauer endet in der Regel mit der Versicherungsdauer.

(2) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

(3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erlischt, wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% sinkt, die Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 weniger als 3 Punkte erreicht, die versicherte Person stirbt oder bei Ablauf der vertraglichen Leistungsdauer.

(4) Wird bei der versicherten Person nach Beginn des Versicherungsschutzes und während der Versicherungsdauer eine der in Absatz 5 genannten und im "Anhang zur Definition der schweren Krankheiten" definierten schweren Krankheiten (Dread Disease) diagnostiziert oder ist bei der versicherten Person nach Beginn des Versicherungsschutzes und während der Versicherungsdauer eine der in Absatz 6 genannten und im "Anhang zur Definition der Operationen gem. § 1 Abs. 6" definierten Operationen medizinisch notwendig, erbringen wir eine Einmalzahlung in Höhe von einer Jahresrente sowie die beitragsfreie Fortführung Ihres Vertrages für die Dauer von zwölf Monaten. Die versicherte Einmalzahlung nimmt ab Alter 61 jährlich um zwei Monatsrenten ab. Siehe folgende Tabelle:

im Alter	Dread Disease Leistung	im Alter	Dread Disease Leistung
bis 61	12 Monatsrenten	64	6 Monatsrenten
62	10 Monatsrenten	65	4 Monatsrenten
63	8 Monatsrenten	66	2 Monatsrenten

Der Anspruch auf diese Versicherungsleistungen entsteht frühestens einen Monat nach Diagnosestellung, sofern die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch lebt.

(5) Schwere Krankheiten im Sinne des Absatzes 4 sind (im "Anhang zur Definition der schweren Krankheiten" zusammen mit weiteren Bestimmungen und Anforderungen näher definiert):

1. Krebs
2. Herzinfarkt
3. Schlaganfall
4. Chronisches Nierenversagen
- (6) Operationen im Sinne des Absatzes 4 sind (im "Anhang zur Definition der Operationen" zusammen mit weiteren Bestimmungen und Anforderungen näher definiert):

1. Bypass-Operation der Koronararterien
2. Organtransplantation
- (7) Ein Leistungsanspruch aus Dread Disease besteht nur für einen Leistungsfall aus den genannten Krankheiten und Operationen während der Versicherungsdauer. Nach dem ersten Leistungsfall erlischt der Anspruch auf Leistungen aus Dread Disease. Ein Zusammentreffen von mehreren leistungsauslösenden Krankheiten und Operationen führt zu keiner höheren Leistung.

(8) Für das Entstehen unserer Leistungspflicht wegen Dread Disease gilt darüber hinaus für die versicherten Ereignisse Krebs und Bypass-Operation der Koronararterien jeweils eine Wartezeit von sechs Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes. Erst nach Ablauf dieser Wartezeit besteht Versicherungsschutz im Falle einer Neuerkrankung oder einer Operation. Dabei gilt für Krebs Metastasenbildung nicht als Neuerkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen. Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes gelten für die versicherten Ereignisse Krebs und Bypass-Operation der Koronararterien dieselben Wartezeiten für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

(9) Eine Leistungspflicht wegen Dread Disease beinhaltet keine Anerkennung einer Berufsunfähigkeit gemäß § 2.

(10) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit oder Dread Disease müssen Sie während der Beitragszahlungsdauer die Beiträge in voller Höhe weiterentrichten, außer Ihr Vertrag ist bereits auf Grund Dread Disease beitragsfrei gestellt. Bei Anerkennung einer rückwirkenden Leistungspflicht werden wir die zu viel gezahlten Beiträge zurückzahlen. Auf Antrag stunden wir die Beiträge auch bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos. Wird endgültig festgestellt, dass keine Leistungspflicht besteht, sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. In diesem Fall können Sie die Nachzahlung als Einmalzahlung oder als ratierte Nachzahlung über einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten erbringen. Sie können mit uns auch eine Verrechnung der gestundeten Beiträge mit dem Deckungskapital, falls vorhanden (siehe § 23), eine Verringerung der Versicherungsleistung oder eine Erhöhung der Beiträge vereinbaren.

(11) Besitzt die versicherte Person einen Anspruch auf Zahlung von Krankentagegeld gegen einen privaten Krankenversicherer, erbringen wir auf schriftlichen Antrag hin als Überbrückungshilfe die versicherten Berufsunfähigkeitsleistungen ab dem Zeitpunkt, zu dem die Krankentagegeldzahlungen des Krankenversicherers entfallen, weil aus medizinischen Gründen eine Berufsunfähigkeit im Sinne der Krankenversicherung vorliegt, bis zum auf den Abschluss unserer Leistungsprüfung folgenden Monatsersten, längstens aber für die Dauer von sechs Monaten. Die Überbrückungshilfe kann während der Versicherungsdauer nur einmal in Anspruch genommen werden und nur dann, wenn nicht bereits Berufsunfähigkeitsleistungen gemäß Absatz 1 oder Leistungen wegen Dread Disease erbracht werden. Zum Nachweis genügt die Mitteilung des Krankenversicherers über die Leistungseinstellung; geht uns diese Mitteilung erst zu einem nach der

Leistungseinstellung des Krankenversicherers liegenden Zeitpunkt zu, werden die versicherten Berufsunfähigkeitsleistungen mit Beginn des Monats, in dem uns die Mitteilung zugeht, erbracht, sofern der zuvor genannte sechsmonatige Zeitraum nicht bereits verstrichen ist.

(12) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

(13) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 3).

Zusätzliche Assistance-Leistungen

(14) Bei Fragen rund um die Berufsunfähigkeit beraten und unterstützen wir Sie gerne jederzeit. Hierfür steht Ihnen unsere Hotline mit erfahrenen Mitarbeitern und gegebenenfalls weiteren Spezialisten zur Verfügung. Wir beraten Sie insbesondere wenn

– Sie mindestens sechs Wochen krankgeschrieben sind

– Sie schwer erkrankt sind oder einen Unfall hatten.

(15) Im Leistungsfall unterstützen wir Sie gegebenenfalls zusätzlich durch ein medizinisch-berufliches Reha-Management. Für weitere Informationen siehe www.prismalife.com/assistance

§ 2 WAS IST BERUFUNFÄHIGKEIT IM SINNE DIESER BEDINGUNGEN?

(1) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, auszuüben und auch keine andere Tätigkeit ausübt, die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und bisherigen oder neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung entspricht. In diesem Zusammenhang wird je nach Lage des Einzelnen die zumutbare Einkommensreduzierung auf eine Größe von 10-30%, im Vergleich zum jährlichen Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf, vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung, begrenzt.

Sofern bei selbständig Tätigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich ist, liegt keine Berufsunfähigkeit vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordert, nicht zu einer auf Dauer ins Gewicht fallenden Einkommenseinbuße führt und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsinhaber innehat.

(2) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen außerstande gewesen, ihrem zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, nachzugehen, ohne eine andere Tätigkeit auszuüben, die zu übernehmen sie aufgrund ihrer Ausbildung und bisherigen oder neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten in der Lage ist und die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, so gilt die Fortdauer dieses Zustands von Beginn an als Berufsunfähigkeit. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen rückwirkend ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums.

(3) Ist die versicherte Person seit höchstens fünf Jahren wegen Mutterschutz, gesetzlicher Elternzeit, unverschuldeter Arbeitslosigkeit, Zivil- oder Grundwehrdienst aus dem Berufsleben ausgeschieden, gilt

der zuletzt vor dem Ausscheiden ausgeübte Beruf als versichert. Ist die versicherte Person länger als fünf Jahre aus dem Berufsleben ausgeschieden und werden später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt, so kommt es bei der Anwendung der Absätze 1 und 2 darauf an, dass die versicherte Person außerstande ist, eine Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und bisherigen oder neu erworbenen Kenntnisse und Fähigkeiten ausgeübt werden kann und der Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht.

(4) Berufsunfähigkeit infolge von Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 6 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

(5) Ist die versicherte Person sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne des Absatz 4 gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt die Fortdauer dieses Zustands von Beginn der Pflegebedürftigkeit an als Berufsunfähigkeit.

(6) Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist die Art und der Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Punkttabelle zugrundegelegt; wir leisten bei Vorliegen von mindestens drei Punkten:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt

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

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt

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

An- und Auskleiden 1 Punkt

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

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie – sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann, – ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder – weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

(7) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punkttabelle liegt Pflegebedürftigkeit vor, wenn die versicherte Person

– wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen

Behinderung sich oder andere gefährdet und deshalb täglicher Beaufsichtigung bedarf;

– dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann;

– der Bewahrung bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

(8) Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

§ 3 WIE ERFOLGT DIE ÜBERSCHUSSBETEILIGUNG?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer an den Überschüssen (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(1) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Berufsunfähigkeitsrisiko und die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer angemessen beteiligt. Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer einen Anteil. Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Überschussbeteiligung zu. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur ausnahmsweise können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines Notstandes (z. B. Verlustabdeckung) heranziehen. Hierfür benötigen wir die Zustimmung der Aufsichtsbehörde.

(2) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Beiträge einer Berufsunfähigkeitsversicherung sind allerdings so kalkuliert, dass sie größtenteils für die Deckung von Berufsunfähigkeitsrisiken benötigt werden. Eine Kapitalanlage und damit die Entstehung von Bewertungsreserven findet daher nicht oder nur in sehr geringem Maße statt. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, werden sie monatlich neu ermittelt und den anspruchsberechtigten Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zugeordnet. Die Einzelheiten des verursachungsorientierten Verfahrens werden im Rahmen der Angaben zur Überschussbeteiligung in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Bei Beendigung Ihres Vertrages wird der für diesen Zeitpunkt ermittelte Betrag zur Hälfte zugeteilt und ausgezahlt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages

(3) Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr von der Geschäftsleitung unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir

veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

Laufende Überschussbeteiligung, wenn keine Leistungspflicht besteht

(4) Solange keine Leistungspflicht besteht, erhalten beitragspflichtige Versicherungen einen laufenden Überschussanteil zu Beginn eines jeden Ratenzahlungsabschnitts. Beitragsfreie Versicherungen sind nicht überschussberechtigigt. Der erste laufende Überschussanteil wird zu Versicherungsbeginn fällig. Maßstab für den laufenden Überschussanteil ist der zu zahlende Jahresbeitrag (überschussberechtigter Beitrag).

(5) Die laufenden Überschussanteile werden von dem fälligen Jahresbeitrag bzw. der fälligen Beitragsrate abgezogen.

Laufende Überschussbeteiligung während der Dauer der Leistungspflicht

(6) Ihr Vertrag erhält während der Dauer der Leistungspflicht Anteile an den Überschüssen. Der laufende Überschussanteil bemisst sich nach der Deckungsrückstellung für die Leistung zum Ende des abgelaufenen Versicherungsjahres. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr von der Geschäftsleitung unseres Unternehmens auf Vorschlag des verantwortlichen Aktuars festgelegt. Der laufende Überschussanteil wird jeweils zu Beginn des Versicherungsjahres, erstmals zu Beginn des Versicherungsjahres nach Beginn der Leistungspflicht zugeteilt. Hat die Leistungspflicht innerhalb eines Versicherungsjahres begonnen, wird der erste jährliche Überschussanteil nur anteilig für den Zeitraum der Leistungspflicht im abgelaufenen Versicherungsjahr fällig.

(7) Die laufenden Überschussanteile werden zur Erhöhung der Rente verwendet.

Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

(8) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarktes ist insbesondere bei laufenden Berufsunfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

§ 4 WANN BEGINNT IHR VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Ihr Versicherungsvertrag beginnt, wenn der Versicherungsvertrag geschlossen wurde und Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben. Der Vertrag ist geschlossen, wenn wir Ihren Antrag angenommen haben und Ihnen die Versicherungspolice ausgehändigt wurde oder wenn Sie unser Angebot angenommen haben, d.h. wenn uns Ihre Annahme unseres Angebotes in Form der schriftlich vorformulierten Annahmeerklärung zugegangen ist. Vor dem in der Versicherungspolice bzw. in unserem Angebot angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz. Gegebenenfalls haben wir aber vorläufigen Versicherungsschutz gewährt. Hierzu erhielten Sie im positiven Fall eine separate Bestätigung.

§ 5 IN WELCHEN FÄLLEN IST DER VERSICHERUNGSSCHUTZ AUSGESCHLOSSEN?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

- unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse, außer wenn das Ereignis außerhalb von Deutschland stattgefunden hat und die versicherte Person daran nicht aktiv beteiligt war, sowie wenn die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei bei mandatierten (NATO oder UNO) humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten tätig war;
 - durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall sowie absichtliche Selbstverletzung;
 - durch versuchte Selbsttötung, es sei denn, uns wird nachgewiesen, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist;
 - durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
 - durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen nötig ist.
 - in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- (3) Für eine Leistungspflicht wegen Dread Disease/Operationen gelten Absatz 1 und 2 sinngemäß. Außerdem leisten wir nicht, wenn die Dread Disease/Operationen verursacht sind durch
- a) Alkoholmissbrauch,
 - b) Missbrauch von Drogen oder Medikamenten,
 - c) die vorsätzliche Einnahme von Gift
 - d) HIV.

§ 6 WAS BEDEUTET DIE VORVERTRAGLICHE ANZEIGEPFLICHT?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden. Die PrismaLife kann bei schuldhafter Verletzung dieser Pflicht je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn kündigen, anpassen oder anfechten, was zur Leistungsfreiheit der PrismaLife auch für bereits eingetretene Versicherungsfälle führen kann.
- (2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir gemäß § 19 Abs. 2 Versicherungsvertragsgesetz vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(4) Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt sie, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir gemäß § 19 Abs. 3 Versicherungsvertragsgesetz den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Wir verzichten auf dieses Recht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt worden ist.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten (§ 19 Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz).

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 10).

Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Würde die vorvertragliche Anzeigepflicht unverschuldet verletzt, verzichten wir auf unser Recht zur Vertragsanpassung.

(10) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10% oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung

stützen. Innerhalb der Monatsfrist können wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. (12) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmendeckung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

(17) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder die Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch berechtigten Dritten gegenüber berufen.

§ 7 WAS HABEN SIE BEI DER BEITRAGSZAH-LUNG ZU BEACHTEN?

(1) Die Beiträge zu Ihrer PrismaBU^{Exzellent} sind durch laufende Beiträge für jede Versicherungsperiode zu entrichten. Die Versicherungsperiode ist ein Monat.

(2) Bis zum Alter 40 zahlen Sie risikogerechte steigende Beiträge, am Policenstichtag nach dem 40. Geburtstag wird auf konstante Beiträge umgestellt.

(3) Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) wird sofort nach Vertragsschluss fällig, frühestens jedoch zum Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(4) Die laufenden Beiträge können ausschließlich mittels Dauerauftrag oder Lastschriftverfahren gezahlt werden. Bei Fälligkeit werden die Beiträge von dem uns angegebenen Konto abgebucht bzw. sind mittels Dauerauftrag auf unser Konto zu überweisen.

(5) Die Beiträge sind bis zum Schluss der Versicherungsperiode, in der die Berufsunfähigkeit bzw. eine der in § 1 Abs. 5 genannten schweren Krankheiten eintritt oder die versicherte Person stirbt, zu entrichten, längstens jedoch bis zum vereinbarten Ablauf der Beitragszahlungsdauer.

§ 8 WAS GESCHIEHT, WENN SIE EINEN BEITRAG NICHT RECHTZEITIG ZAHLEN?

Einlösungsbeitrag

(1) Wenn Sie den ersten Beitrag schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, so können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen neben den Kosten einer etwaigen ärztlichen

Untersuchung eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages verlangen. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beträgt 10% der Beiträge des ersten Versicherungsjahres.

(2) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Auf die Rechtsfolgen des Zahlungsverzuges werden wir Sie in der Versicherungspolice hinweisen.

(3) Die Zahlung des Beitrags gilt als rechtzeitig, wenn der Beitrag unabhängig von dem Bestehen eines Widerrufrechts unverzüglich nach Vertragsschluss, frühestens zum vereinbarten und in der Versicherungspolice angegebenen Versicherungsbeginn gezahlt wird bzw. der Beitrag von Ihrem Konto eingezogen werden kann und Sie einem berechtigten Einzug nicht widersprechen.

Folgebeitrag

(4) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, schuldhaft nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz und wir können den Vertrag kündigen. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung nochmals ausdrücklich hinweisen. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

§ 9 WANN KÖNNEN SIE DIE VERSICHERUNG KÜNDIGEN?

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit ganz oder teilweise vorzeitig kündigen. Die Kündigung wird zehn Arbeitstage, nachdem sie bei uns eingegangen ist, wirksam. Eine Bestätigung der Durchführung erhalten Sie nach Ablauf dieser Frist.

(2) Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, ist diese Kündigung unwirksam, wenn der fortzuzahlende Versicherungsbeitrag den Mindestbetrag von EUR 60 jährlich oder die verbleibende versicherte Berufsunfähigkeitsrente EUR 50 monatlich unterschreitet. Wenn Sie in diesem Fall Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also ganz kündigen.

(3) Gemäß Versicherungsvertragsgesetz haben wir nach (Teil-)Kündigung den (Teil-)Rückkaufwert nach § 169 VVG – soweit bereits entstanden – zu erstatten. Der Rückkaufwert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss des laufenden Ratenzahlungsabschnitts berechnete Deckungskapital der Versicherung. Er mindert sich um einen als angemessen angesehenen Abzug, die Gebühr für die Kündigung (siehe Gebührentabelle) sowie um rückständige Beiträge.

(4) Bei vollständiger Kündigung oder Beitragsfreistellung (siehe § 10) Ihres Vertrages vor dem vereinbarten Ablauf der Versicherung erheben wir einen Stornoabzug. Der Abzug beträgt 28% des für die Bildung der herabgesetzten Rente zur Verfügung stehenden Betrages zuzüglich 8% der jährlichen Berufsunfähigkeitsrente. Mit dem Abzug wird die Veränderung der Risiko- und Ertragslage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen. Darüber hinaus wird mit dem Abzug ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug finden Sie im Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung. Sie haben das Recht, den Nachweis zu erbringen, dass ein Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in wesentlich geringerer Höhe angemessen ist. Bei

einer Teilkündigung wird ein Teilstornoabzug erhoben.

(5) Auf einen Auszahlungsbetrag unter der Bagatellegrenze von EUR 15 haben Sie keinen Anspruch.

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

§ 10 WIE KÖNNEN SIE DIE BEITRAGSZAHLUNG IHRER VERSICHERUNG ÄNDERN?

Umwandlung in eine vollständig oder teilweise beitragsfreie Versicherung

(1) Sie können mit einer Frist von zehn Tagen schriftlich verlangen, von Ihrer Beitragszahlungspflicht ganz (Umwandlung) oder teilweise (Rentenreduktion) befreit zu werden. Bei einer Beitragsfreistellung wird das Deckungskapital, das zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung in Ihrem Versicherungsvertrag vorhanden ist, um einen Abzug in gleicher Höhe wie bei einem Rückkauf (vgl. § 9 Abs. 3) reduziert. Die vereinbarte Rente reduziert sich auf eine beitragsfreie Rente. Bei einer Rentenreduktion wird der Abzug proportional zur Rentenreduktion berechnet, z.B. bei einer Reduktion um 30 % beträgt der Abzug 30 % des Abzugs bei einer Beitragsfreistellung.

(2) Voraussetzung für eine beitragsfreie Fortführung Ihres Versicherungsvertrages ist allerdings, dass nach der Beitragsfreistellung die beitragsfreie Jahresrente mindestens EUR 600 beträgt. Bei einer Rentenreduktion muss der jährliche Versicherungsbeitrag nach durchgeführter Reduktion mindestens noch EUR 60 betragen. Eine Beitragsfreistellung oder Rentenreduktion ist durch den Abzug gemäß Abs. 1 mit wirtschaftlichen Nachteilen für Sie verbunden.

Beitragspause

(3) Anstelle der Beitragsfreistellung können Sie, sofern genügend Deckungskapital vorhanden ist (siehe § 23), verlangen, temporär von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die Beitragspause darf maximal 24 Monate betragen. Wenn nach Ablauf von 24 Monaten die Beitragszahlung nicht fortgeführt werden soll, kann der Versicherungsnehmer einen Antrag auf Beitragsfreistellung stellen (Näheres dazu unter Punkt „Beitragsfreistellung“). Es kann passieren, dass das Deckungskapital Ihres Vertrages vor Ablauf der 24 Monate aufgebraucht ist. In diesem Fall müssen Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen oder der Vertrag wird beendet.

Die jährlichen Verwaltungskosten sowie die Risikokosten entnehmen wir während der Beitragspause bzw. der Beitragsfreistellung dem Deckungskapital, außer der Vertrag ist aufgrund eines Leistungsfalles beitragsfreigestellt.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung/ Beendigung der Beitragspause

(4) Nach einer ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung oder Beitragspause von bis zu 24 Monaten Dauer können Sie eine Wiederaufnahme der vollen Beitragszahlung ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen. Der dann zu zahlende Beitrag wird entsprechend dem erreichten Alter neu berechnet. Bei einer länger andauernden ganzen oder teilweisen Beitragsfreistellung behalten wir uns vor, eine Risikoprüfung durchzuführen.

Beitragsstundung

(5) Sie können verlangen, dass die Beitragszahlung für Ihre Versicherung für die Dauer von maximal zwölf Monaten unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes ausgesetzt wird (Stundung).

Voraussetzung für den Anspruch auf die Stundung ist, dass die Beiträge mindestens ein Jahr vollständig bezahlt wurden bzw. seit der letzten Stundung mindestens ein Jahr vergangen ist.

Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche

Vereinbarung mit uns erforderlich.

Nach Ablauf des Stundungszeitraumes können Sie die gestundeten Beiträge entweder in einem Betrag oder ratierlich über einen Zeitraum von zwölf Monaten nachentrichten oder mit dem Deckungskapital, sofern vorhanden (siehe § 23), verrechnen lassen. Sie können auch eine Reduktion der Leistung oder eine Beitragserhöhung mit uns vereinbaren.

§ 11 WIE WERDEN DIE ABSCHLUSS- UND EINRICHTUNGSKOSTEN ERHOHEN UND AUSGEGLICHEN?

Bei der Errichtung von Versicherungsverträgen und bei jeder Erhöhung der Versicherungsleistungen entstehen Kosten. Diese Abschluss- und Einrichtungskosten werden separat im Rahmen einer Kostenausgleichsvereinbarung getilgt und werden daher nicht von den Beiträgen abgezogen.

Für jede Beitragserhöhung aufgrund einer Erhöhung der Versicherungsleistungen wird eine separate Kostenausgleichsvereinbarung eingerichtet.

§ 12 WIE VERWENDEN WIR IHRE BEITRÄGE UND DAS DECKUNGSKAPITAL?

(1) Die Aufwendungen zur Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos und für die Verwaltung entnehmen wir Ihren Beiträgen bzw. dem gegebenenfalls aufgebauten Deckungskapital.

(2) Unser verantwortlicher Aktuar prüft jährlich, ob die Risikobeiträge für die Deckung des Berufsunfähigkeitsrisikos ausreichen. Die Risikobeiträge für die Berufsunfähigkeit können erhöht werden, wenn sich der Aufwand für die Risikotragung erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Actuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

(3) Die Verwaltungskosten setzen sich aus laufenden Verwaltungskosten und einer laufenden Verwaltungsgebühr zusammen.

(4) Unser verantwortlicher Aktuar prüft jährlich, ob die zur Deckung des Verwaltungsaufwandes der PrismaLife belasteten Beträge ausreichend sind. Die Beträge können erhöht werden wenn sich der Verwaltungsaufwand der PrismaLife erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Actuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

§ 13 WELCHE MITWIRKUNGSPFLICHTEN SIND ZU BEACHTEN, WENN LEISTUNGEN AUS DEM VERSICHERUNGSVERTRAG VERLANGT WERDEN?

Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

(1) Zum Nachweis des Versicherungsfalles sind uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;
- ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;
- Unterlagen über den Beruf der versicherten Person, deren Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;
- bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über

Art und Umfang der Pflege;

– einen Leistungsauszug der gesetzlichen oder privaten Krankenkasse während des Zeitraums der Mitgliedschaft der versicherten Person.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten, inklusive üblicher Reise- und Übernachtungskosten, – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, Behörden, Krankenkassen und Sozialversicherungsträger zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Hat die versicherte Person die Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir sie vor Einholung einer solchen Auskunft unterrichten; die versicherte Person kann der Einholung einer solchen Auskunft widersprechen. Im Übrigen kann die versicherte Person jederzeit verlangen, dass die Auskunftserhebung nur bei Einzeleinwilligung erfolgt. Entsteht durch die Erteilung einer Einzeleinwilligung ein besonderer Aufwand bei der Bearbeitung des Leistungsantrages, können wir von Ihnen die damit verbundenen Kosten verlangen. Hat uns die versicherte Person die genannte Ermächtigung oder eine Einzeleinwilligung nicht erteilt, gilt dies als Verletzung einer Mitwirkungspflicht nach § 18.

(3) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Berufsunfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus der Berufsunfähigkeitsabsicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadensminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, Suchtentzug, die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen), die Durchführung von logopädischen Maßnahmen oder das Tragen von Stützstrümpfen.

(4) Der Bescheid eines Sozialversicherungsträgers oder eines privaten Krankenversicherers über eine dort anerkannte Berufsunfähigkeit reicht als Nachweis einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht aus.

Leistungen wegen Dread Disease

(5) Werden aus dieser Versicherung Leistungen wegen Dread Disease verlangt, ist uns unverzüglich die ärztliche Diagnosestellung der schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen bzw. die ärztliche Indikation und der Operationsbericht für eine Operation im Sinne dieser Bedingungen einzureichen.

(6) Die Diagnose muss durch entsprechende klinische oder radiologische oder histologische Untersuchungen bestätigt werden sowie Unterlagen über Laboruntersuchungen enthalten. Zusätzlich werden in einigen Definitionen von schweren Krankheiten im "Anhang zur Definition der schweren Krankheiten" weitere Anforderungen an die zum Nachweis des versicherten Ereignisses vorzulegenden Unterlagen gestellt. Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchserhebende zu tragen.

(7) Wir behalten uns das Recht vor – dann allerdings auf unsere Kosten, inklusive üblicher Reise- und

Übernachungskosten, – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen – zu verlangen, um die Diagnose einer schweren Krankheit bzw. die Notwendigkeit einer durchgeführten Operation zu überprüfen.

§ 14 WANN GEBEN WIR EINE ERKLÄRUNG ÜBER UNSERE LEISTUNGSPFLICHT AB?

(1) Nach vollständigem Eingang und Prüfung der uns vorzulegenden sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir innerhalb von drei Wochen in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Leistungsprüfung informieren wir alle vier Wochen über den aktuellen Stand.

(2) Eine zeitlich befristete Anerkennung unserer Leistungspflicht wegen Berufsunfähigkeit sprechen wir grundsätzlich nicht aus. Nur in begründeten Ausnahmefällen (z.B. Zurückstellung der Frage einer konkreten Verweisbarkeit oder besonders gelagerte medizinische Sachverhalte) können wir unsere Leistungspflicht einmalig zeitlich befristen. Die Befristung beträgt maximal zwölf Monate. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

(3) Mit dem Ablauf des in einer befristeten Leistungsentscheidung genannten Zeitraums endet unsere Leistungspflicht, ohne dass es einer besonderen Erklärung bedarf. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Werden Leistungen über diesen Zeitraum hinaus verlangt, ist zu prüfen, ob die versicherte Person weiterhin berufsunfähig ist. § 13 und die vorstehenden Absätze 1 und 2 gelten entsprechend. Eine nochmalige Befristung ist jedoch, sofern es um dieselbe maßgebende Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit geht, nicht möglich.

(4) Die Bestimmungen über die Nachprüfung des Fortbestehens der Berufsunfähigkeit (§ 17) sind im Falle einer befristeten Leistungsentscheidung nicht anwendbar.

§ 15 BIS WANN KÖNNEN BEI MEINUNGSVERSCHIEDENHEITEN RECHTE GELTEND GEMACHT WERDEN UND WER ENTSCHEIDET IN DIESEN FÄLLEN?

(1) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung (§ 14) nicht einverstanden ist, kann er ihn innerhalb der gesetzlichen Verjährungsfrist gerichtlich geltend machen.

(2) Die Verjährungsfrist für Ansprüche aus dieser Versicherung beträgt drei Jahre (§ 195 des Bürgerlichen Gesetzbuches). Die Verjährung beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem

- der Anspruch entstanden ist und

- der Anspruchserhebende von den den Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

(3) Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, wird der Zeitraum zwischen Zugang der Anmeldung des Anspruchs und dem Zugang unserer Leistungsentscheidung in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet.

§ 16 WO SIND DIE VERTRAGLICHEN VERPFLICHTUNGEN ZU ERFÜLLEN?

(1) Unsere Leistungen überweisen wir dem Bezugsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes oder der Schweiz trägt der Bezugsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

(2) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf

Ihre Gefahr und Ihre Kosten. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht (vgl. § 7 Abs. 3 und § 8 Abs. 4) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

§ 17 WAS GILT FÜR DIE NACHPRÜFUNG DER BERUFUNFÄHIGKEIT?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir während der vereinbarten Leistungsdauer berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit und ihren Grad oder die Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Dabei sind Gesundheitsveränderungen ebenso zu berücksichtigen wie das konkrete Ausüben einer zumutbaren Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 1.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 13 Absätze 2 bis 4 gelten entsprechend.

(3) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit und die Wiederaufnahme bzw. Änderung der beruflichen Tätigkeit müssen uns unverzüglich mitgeteilt werden.

(4) Ist die Berufsunfähigkeit weggefallen oder hat sich ihr Grad auf weniger als 50% vermindert, stellen wir unsere Leistungen ein. Die Einstellung teilen wir dem Anspruchsberechtigten in Textform mit; sie wird frühestens mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Bei Reaktivierung aus der Berufsunfähigkeit zahlen wir zusätzlich eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von drei Monatsrenten. Diese Leistung kann während der Versicherungsdauer mehrfach beansprucht werden und wird bei einer erneuten Anerkennung nicht angerechnet.

(5) Absatz 4 gilt entsprechend, wenn sich bei Berufsunfähigkeit in Folge Pflegebedürftigkeit die Art des Pflegefalls geändert hat oder ihr Umfang unter drei Punkte gesunken ist.

§ 18 WAS GILT BEI EINER VERLETZUNG DER MITWIRKUNGSPFLICHTEN NACH EINTRITT DER BERUFUNFÄHIGKEIT ODER DREAD DISEASE?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 13 oder § 17 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden arglistig oder vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, die Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Die bei Vorsatz und grober Fahrlässigkeit beschriebenen Rechtsfolgen treten nicht ein, soweit die Verletzung keinen ursächlichen Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalles oder auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ausübt. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 19 WELCHE BEDEUTUNG HAT DIE VERSICHERUNGSPOLICE?

Den Inhaber der Versicherungspolice können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber der Versicherungspolice seine Berechtigung nachweist.

§ 20 WER ERHÄLT DIE VERSICHERUNGSLEISTUNG?

(1) Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an die von Ihnen genannten Bezugsberechtigten. Bei Fehlen der Bezugsberechtigten erbringen wir die Leistung an Sie als unseren Versicherungsnehmer. Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen. Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns von Ihnen schriftlich angezeigt worden sind. Nach Ihrem Tode kann das Bezugsrecht nicht mehr widerrufen werden.

(2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten geändert werden.

§ 21 WAS GILT FÜR MITTEILUNGEN, DIE SICH AUF DAS VERSICHERUNGSVERHÄLTNISS BEZIEHEN?

(1) Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam sobald sie uns zugegangen sind.

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift, Ihres Namens oder Ihrer Bankverbindung sollten Sie uns in Ihrem eigenen Interesse unverzüglich mitteilen. Für Nachteile, die sich durch eine Nichtanzeige einer Änderung ergeben, tragen wir keine Verantwortung. An Sie gerichtete Willenserklärungen werden in dem Zeitpunkt wirksam, in dem sie Ihnen ohne die Änderung bei regelmäßiger Beförderung zugegangen wären.

(3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine in Deutschland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 22 WELCHE KOSTEN STELLEN WIR IHNEN GESONDERT IN RECHNUNG?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag (Gebühr) in Rechnung stellen.

(2) Die Gebühr wird bei Abschluss der jeweiligen Transaktion in Rechnung gestellt bzw. von Ihrem Konto eingezogen.

(3) Eine Tabelle der bei Vertragsabschluss gültigen Gebühren finden Sie am Ende dieser Verbraucherinformationen. Unser verantwortlicher Aktuar prüft jährlich, ob diese Beträge zur Deckung des Verwaltungsaufwandes der PrismaLife ausreichen. Die Beträge können erhöht werden, wenn sich der Aufwand der PrismaLife erhöht. Die Erhöhung erfolgt auf Vorschlag unseres verantwortlichen Aktuars und nach Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders (analog § 11b VAG).

§ 23 WIE IST DIE ENTWICKLUNG DES DECKUNGSKAPITALS?

Aufgrund der technisch einjährigen Kalkulation bildet sich in den Vertragsjahren bis zum Alter 40 kein Deckungskapital. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge - gemessen an den gezahlten Beiträgen - nur geringe oder keine Mittel für die Bildung eines Deckungskapitals zur Verfügung.

§ 24 WELCHES RECHT FINDET AUF IHREM VERTRAG ANWENDUNG?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 WO IST DER RICHTSSTAND?

(1) Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag können Sie gegen uns auch bei dem Gericht geltend machen, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt bzw. Sitz oder Niederlassung haben.

(2) Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können wir ausschließlich bei dem Gericht geltend machen, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, in Ermangelung eines solchen Ihren gewöhnlichen Aufenthalt bzw. Sitz oder Niederlassung haben.

(3) Für den Fall, dass Sie nach Vertragsschluss Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt aus dem Geltungsbereich dieses Gesetzes (außerhalb der Bundesrepublik Deutschland) verlegen oder Ihr Wohnsitz oder gewöhnlicher Aufenthalt zur Zeit der Klageerhebung nicht bekannt ist, können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag am zuständigen Gericht in Konstanz geltend gemacht werden.

§ 26 WANN KÖNNEN SIE IHRE BERUFSUNFÄHIGKEITSRENTE OHNE ERNEUTE GESUNDHEITSPRÜFUNG ERHÖHEN (NACHVERSICHERUNGSGARANTIE)?

(1) Sie können die versicherte Berufsunfähigkeitsrente bei Eintritt eines der nachfolgend genannten Ereignisse ohne erneute Gesundheitsprüfung gemäß Abs. 3 und 4 erhöhen (Nachversicherung):

- Heirat der versicherten Person;
- Geburt eines Kindes der versicherten Person oder Adoption eines minderjährigen Kindes durch die versicherte Person;

- Aufnahme einer Berufstätigkeit durch die versicherte Person nach erfolgreichem Abschluss eines Hochschul- oder Fachhochschulstudiums;

- Aufnahme der Berufstätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf nach erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung;

- Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit durch die versicherte Person in einem anerkannten Ausbildungsberuf oder in einem Beruf, der die Mitgliedschaft in einer öffentlich-rechtlichen Körperschaft erfordert (verkammerter Beruf), sofern die versicherte Person aus dieser Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht;

- Erhöhung des Einkommens der versicherten Person aus nichtselbstständiger Tätigkeit um mindestens 20% innerhalb eines Jahres;

- Kauf einer Immobilie mit einem Verkehrswert von mindestens 50.000,00 EUR durch die versicherte Person zur Eigennutzung.

Ihr Recht auf Nachversicherung müssen Sie innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt des Ereignisses durch Vorlage schriftlicher Nachweise geltend machen. Die Anzahl der Erhöhungen ist auf drei Ereignisse beschränkt.

(2) Alle fünf Versicherungsjahre können Sie zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres die versicherte Berufsunfähigkeitsrente auch ohne besonderen Anlass ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen. Diese Nachversicherung müssen Sie mit Frist von einem Monat zum Erhöhungstermin schriftlich beantragen.

(3) Die absolute Höhe der Berufsunfähigkeitsrente darf 70% des Bruttoeinkommens nicht überschreiten. Jede Erhöhung ist auf 10% der vor der Erhöhung versicherten Berufsunfähigkeitsrente begrenzt. Zum Erhöhungszeitpunkt darf die gesamte versicherte Berufsunfähigkeitsrente einschließlich aller Nachversicherungen und sonstigen Erhöhungen 30.000,00 EUR jährlich nicht überschreiten.

(4) Ihr Recht auf Nachversicherung erlischt, wenn - die versicherte Person das 45. Lebensjahr vollendet hat,

- die Versicherung gekündigt oder beitragsfrei gestellt wurde,

- bereits eine Berufsunfähigkeit eingetreten ist oder Leistungen aus einer Berufsunfähigkeitsversicherung beantragt wurden,

- Leistungen wegen Dread Disease aus dieser Versicherung erbracht oder beantragt wurden.

Ihr Nachversicherungsrecht nach Absatz 2 erlischt darüber hinaus, wenn Sie von dieser Erhöhungsmöglichkeit einmal keinen Gebrauch gemacht haben.

§ 27 WELCHE DER VORSTEHENDEN BESTIMMUNGEN KÖNNEN GEÄNDERT WERDEN?

Bedingungsanpassung

(1) Einzelne Bestimmungen, insbesondere die Bestimmungen über den Rückkaufwert (vgl. § 9) sowie die beitragsfreie Versicherung (vgl. § 10 Abs. 1 bis 3) können wir für bestehende Versicherungsverhältnisse ergänzen oder ersetzen, wenn eine Regelung durch höchstrichterliche Rechtsprechung oder bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden ist und die Änderung zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unbillige Härte darstellen würde. Die neue Regelung muss die Belange der Versicherungsnehmer unter Wahrung des Vertragsziels angemessen berücksichtigen.

(2) Zur Beseitigung eines Auslegungszweifels können wir den Wortlaut einer Bedingung ändern, wenn diese Anpassung vom bisherigen Bedingungstext gedeckt ist und den objektiven Willen sowie die Interessen beider Parteien berücksichtigt.

(3) Änderungen können Sie innerhalb von zwei Monaten nach Erhalt unserer schriftlichen Bekanntgabe widersprechen.

(4) Sollten einzelne Bestimmungen des Vertrages unwirksam, nichtig oder anfechtbar sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt.

Beitrags- und Leistungsänderung

(5) Der vereinbarte Tarifbeitrag kann von uns gemäß §§ 176 i.V.m. 163 VVG neu festgesetzt werden, wenn - sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Tarifbeitrags geändert hat, - der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Tarifbeitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und

- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der vorhergehenden Punkte überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Tarifbeitrages ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Die Mitwirkung des Treuhänders entfällt, wenn die Neufestsetzung oder die Herabsetzung der Versicherungsleistung der Genehmigung der Aufsichtsbehörde bedarf.

(6) Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Tarifbeitrages die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Abs. 3 berechtigt, die Versicherungsleistung herabzusetzen.

(7) Die Neufestsetzung des Tarifbeitrages und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

§ 1 WAS IST VORLÄUFIG VERSICHERT?

(1) Tritt während der Dauer des vorläufigen Versicherungsschutzes die Berufsunfähigkeit der versicherten Person ein, so zahlen wir eine Berufsunfähigkeitsrente nur, wenn uns die Berufsunfähigkeit innerhalb von drei Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt worden ist.

(2) In jedem Falle endet die Leistung aus der Berufsunfähigkeitsdeckung spätestens mit dem Ablauf der für die PrismaBU beantragten Versicherungsdauer.

(3) Im Rahmen des vorläufigen Versicherungsschutzes beträgt die BU-Höchstrente 1.000,- EUR monatlich. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn höhere Leistungen beantragt oder mehrere Anträge derselben zu versichernden Person bei uns gestellt worden sind.

§ 2 UNTER WELCHEN VORAUSSETZUNGEN BESTEHT VORLÄUFIGER VERSICHERUNGSSCHUTZ?

(1) Voraussetzung für den vorläufigen Versicherungsschutz ist, dass

- a) der beantragte Versicherungsbeginn nicht später als zwei Monate nach der Unterzeichnung des Versicherungsantrages liegt;
- b) - die Antragsfragen inkl. des Risikofragebogens vollständig beantwortet wurden

oder
- das Tele-Interview zur Einschätzung der Gesundheits-, Berufs- und Freizeitrisiken erfolgreich durchgeführt wurde und wir den Beginn des vorläufigen Versicherungsschutzes schriftlich per Brief oder E-Mail bestätigt haben.

(2) Eine Vorabanfrage führt in keinem Fall zu vorläufigem Versicherungsschutz.

§ 3 WANN BEGINNT UND ENDET DER VORLÄUFIGE VERSICHERUNGSSCHUTZ?

(1) Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie die Antragsfragen beantwortet haben mit dem Zeitpunkt, an dem Ihr Antrag inkl. des Risikofragebogens bei uns eingeht.

Wenn Sie das Tele-Interview zur Beantwortung der Gesundheitsfragen gewählt haben beginnt der vorläufige Versicherungsschutz sobald das Tele-Interview beendet wurde und wir den vorläufigen Versicherungsschutz schriftlich bestätigt haben.

(2) Der vorläufige Versicherungsschutz endet, wenn

- a) der Versicherungsschutz aus der beantragten Versicherung begonnen hat;
- b) wir Ihren Antrag abgelehnt haben;
- c) Sie Ihren Antrag angefochten oder bereits vor oder gleichzeitig mit dem Eingang bei uns zurückgenommen haben;
- d) der Einzug des Einlösungsbeitrags aus von Ihnen zu vertretenden Gründen nicht möglich war oder dem Einzug widersprochen worden ist oder Sie den Einlösungsbeitrag schuldhaft nicht bezahlt haben;
- e) Sie nach Abschluss des Versicherungsvertrags von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch gemacht haben;
- f) entweder Sie oder wir erklärt haben, dass an einer Weiterverfolgung des Antrages kein Interesse mehr besteht;
- g) Sie einen weiteren Vertrag über den vorläufigen Versicherungsschutz mit einem anderen Versicherer schließen. Über den Vertragsschluss mit einem anderen Versicherer haben Sie uns unverzüglich zu informieren.

h) wir Ihre Annahmeerklärung, die wir Ihnen nach dem Tele-Interview zusenden, nicht innerhalb der vierwöchigen Annahmefrist zurück erhalten haben, mit Ablauf dieser Frist.

i) spätestens nach drei Monaten;

j) wenn wir Ihnen dies mitteilen.

§ 4 IN WELCHEN FÄLLEN IST DER VORLÄUFIGE VERSICHERUNGSSCHUTZ AUSGESCHLOSSEN?

Unsere Leistungspflicht ist – soweit nicht etwas anderes vereinbart ist – ausgeschlossen für Versicherungsfälle, zu deren Eintritt gefahrerhebliche Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen ursächlich beigetragen haben, die Ihnen bzw. der zu versichernden Person bei Antragsstellung bekannt waren, auch wenn diese im Antrag, auf dem Risikofragebogen bzw. dem Tele-Interview angegeben wurden.

§ 5 WAS KOSTET SIE DER VORLÄUFIGE VERSICHERUNGSSCHUTZ?

Für den vorläufigen Versicherungsschutz erheben wir zwar keinen besonderen Beitrag. Erbringen wir aber Leistungen auf Grund des vorläufigen Versicherungsschutzes, so behalten wir ein Entgelt ein. Das Entgelt entspricht dem Beitrag für einen Beitragszahlungsabschnitt. Wir berechnen Ihnen jedoch nicht mehr als den Tarifbeitrag für die Höchstrente gemäß § 1 Abs. 3.

§ 6 WIE IST DAS VERHÄLTNISS ZUR BEANTRAGTEN VERSICHERUNG UND WER ERHÄLT DIE LEISTUNGEN AUS DEM VORLÄUFIGEN VERSICHERUNGSSCHUTZ?

(1) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Bedingungen für die beantragte Versicherung Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse. Eine Überschussbeteiligung erfolgt jedoch nicht.

(2) Ein festgelegtes Bezugsrecht gilt auch für die Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz.

Anhang zur Definition der schweren Krankheiten gemäß § 1 Abs. 5 der Versicherungsbedingungen Ihrer PrismaBU^{Excellent}

Im Folgenden werden die in § 1 Abs. 5 aufgeführten schweren Krankheiten definiert und zusätzliche leistungsrelevante Bestimmungen und Anforderungen festgelegt.

1. Krebs

ICD-10:

C00 – C97 Bösartige Neubildungen

Krebs im Sinne dieser Bedingung bezeichnet eine bösartige Neubildung, bei der Körperzellen unkontrolliert wachsen und gesundes Gewebe verdrängen und zerstören (infiltrierendes und destruierendes Wachstum). Unterteilt werden bösartige Neubildungen in solide Tumore (Karzinome und Sarkome) und systemische Erkrankungen des Blut- und Lymphsystems (Leukämien und maligne Lymphome). Bösartige Neubildungen (maligne Tumoren) können über Blut- und Lymphgefäße Tochtergeschwülste (Metastasen) bilden.

Leistungskriterien:

Folgende Leistungskriterien müssen erfüllt sein:

- Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Vertragsbeginn und Erstdiagnosestellung und
- Nachweis mittels histologischem oder zytologischem Befund

Nachweis:

Feststellung einer bösartigen Neubildung mit o.a. Leistungskriterien durch einen Facharzt des entsprechenden Gebietes (Internist, Urologe, Gynäkologe, Onkologe o.ä.)

Ausschlüsse:

Leistungspflicht besteht nicht bei

- bösartigen Tumoren, die bei einem Patienten mit einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten
- Vorstufen bösartiger Erkrankungen und bösartige Erkrankungen mit guter Prognose. Dazu zählen:
 - alle Carcinoma in situ (CIS)/nichtinvasive Frühstadien von Tumoren z.B.
 - der Gebärmutter: cervikale intraepitheliale Neoplasie CIN I-III
 - der Scheide/Vulva: vulväre intraepitheliale Neoplasie VIN I-III
 - der Haut: Morbus Bowen und aktinische Keratose/Hyperkeratosen
 - des Penis: Erythroplasie
- prä-maligne oder semimaligne Tumoren wie z.B. Basalzellkarzinome der Haut
- malignes Melanom Stadium I und IIA (DDG)
- Prostatakarzinome mit Gleason Score ≤ 6 und PSA < 10ng/ml sowie T1N0M0
- chronisch lymphatische Leukämie Stadium 0, I oder II nach Rai oder Stadium A oder B nach Binet
- kolorektales Karzinom UICC Stadium 0-1 und/oder Grading G1
- Mamma Karzinom TNM-Stadium 0-1 (Singletery 2002) oder Grading G1
- oberflächliche Harnblasenkarzinome Ta/T1/Tis
- Gebärmutterkörperkarzinom Stadium pT1a und Grading G1
- auf das Organ begrenzte papilläre Schilddrüsenkarzinome

2. Herzinfarkt

ICD-10:

I21.0 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Vorderwand

I21.1 Akuter transmuraler Myokardinfarkt der Hinterwand

I21.2 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an sonstigen Lokalisationen

I21.3 Akuter transmuraler Myokardinfarkt an nicht näher bezeichneter Lokalisation

I21.9 Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet

Der Herzinfarkt (Myokardinfarkt) im Sinne dieser Bedingung ist eine akute und lebensbedrohliche Erkrankung des Herzens. Ursache ist meist eine Atherosklerose der Herzkranzgefäße, die zu einer Verengung oder zum kompletten Verschluss eines Herzkranzgefäßes (Koronararterie) führt. Bei dieser koronaren Herzkrankheit (KHK) kommt es aufgrund einer akuten Durchblutungsstörung zum Absterben von Teilen des Herzmuskels (Myokard). Leitsymptom ist ein plötzlich auftretender intensiver Schmerz im Brustbereich, der in Schultern, Arme, Unterkiefer oder Oberbauch ausstrahlen kann.

Leistungskriterien:

Folgende Leistungskriterien müssen erfüllt sein:

- Vorliegen klinischer Symptome (z.B. anhaltende typische Angina pectoris-Symptomatik, retrosternale Brustschmerzen, Ruhebeschwerden) und
- Vorliegen frischer infarkttypischer EKG-Veränderungen (ST-Streckenhebung oder neu aufgetretener Linksschenkelblock) und
- herzinfarkttypische Laborwertentwicklung (Anstieg und Abfall von Troponin T, Troponin I, CK-MB)

Nachweis:

Feststellung der Erkrankung mit o.a. Leistungskriterien durch einen Internisten/Kardiologen/Herzchirurgen

Ausschlüsse:

Leistungspflicht besteht nicht bei instabiler Angina pectoris ohne die o.a. EKG- und Laborveränderungen.

3. Schlaganfall

ICD-10:

I60.- Subarachnoidalblutung

I61.- Intrazerebrale Blutung

I62.- Sonstige nichttraumatische intrakranielle Blutung

I63.- Hirninfarkt

I64.- Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet

Ein Schlaganfall (Hirninfarkt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) im Sinne dieser Bedingung ist eine plötzlich auftretende Erkrankung des Gehirns, hervorgerufen durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung. Beide führen zu einem Blut- und Sauerstoffmangel mit Absterben von Gehirnzellen und daraus resultierend zu neurologischen Störungen. Die Hirnzellen bleiben größtenteils irreversibel geschädigt.

Leistungskriterien:

Eines der folgenden Symptome muss über mindestens 3 Monate vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sein und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen:

- halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie

oder

Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten)

Nachweis:

Feststellung der Erkrankung mit o.a. Leistungskriterien durch einen Neurologen/Internisten/Intensivmediziner und mittels CCT oder MRT

Ausschlüsse:

Leistungspflicht besteht nicht bei vorübergehenden neurologischen Ausfallserscheinungen, z.B. im Rahmen einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

4. Chronisches Nierenversagen

ICD-10:

N18.- Chronische Nierenkrankheit

Die Aufgabe der Nieren ist die Entfernung von Stoffwechselgiften, die Regulierung des Flüssigkeits-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes sowie die Abgabe von Hormonen.

Ein akutes Nierenversagen kann innerhalb von Stunden durch ein akutes Ereignis (akute Glomerulonephritis, Autoimmunerkrankung, Unfall) auftreten. In diesen Fällen erholt sich die Nierenfunktion innerhalb der nächsten Tage und Wochen meist wieder vollständig.

Ein chronisches Nierenversagen (chronische Nierenkrankheit, chronische Niereninsuffizienz) liegt vor, wenn eine schwere Nierenfunktionsstörung länger als 3 Monate anhält und zu einem fortschreitenden Verlust der Nierenfunktion führt. Die häufigsten Ursachen sind Diabetes, Bluthochdruck oder chronische Entzündungen.

Im Endstadium (Nierenversagen) besteht nur noch eine Ausscheidungs- und Entgiftungs-Restleistung von 15% der Norm mit der Notwendigkeit der Blutreinigung (Dialyse). Bei irreversiblen Nierenschäden besteht die Notwendigkeit einer Nierentransplantation.

Leistungskriterien:

Folgende Leistungskriterien müssen erfüllt sein:

- Vorliegen eines der folgenden Kriterien (nach den Leitlinien der Amerikanischen Nierengestiftung; Kidney Disease Outcomes Quality Initiative)
 - Chronisches Nierenversagen Stadium 4 nach KDOQI (GFR 15-29 ml/min), mindestens 3 Monate vorliegend
 - Chronisches Nierenversagen Stadium 5 nach KDOQI (GFR <15ml/min), mindestens 3 Monate vorliegend

oder

- Durchführung einer Dauerdialyse

oder

- Nachweis der Aufnahme auf eine offizielle Transplantationsliste

Nachweis:

Feststellung der Erkrankung mit o.a. Kriterien durch einen Nephrologen

Ausschlüsse:

Leistungspflicht besteht nicht bei akutem Nierenversagen.

Anhang zur Definition der Operationen gemäß § 1 Abs.6 der Versicherungsbedingungen Ihrer PrismaBU^{Excellent}

Im Folgenden werden die in § 1 Abs. 6 aufgeführten Operationen definiert.

1. Bypass-Operation am Herzen

OPS:

5-361 Anlegen eines aortokoronaren Bypass

5-362 Anlegen eines aortokoronaren Bypass durch minimalinvasive Technik

Bei der Bypassoperation am Herzen werden verengte oder verschlossene Abschnitte der Herzkranzgefäße (Koronararterien) überbrückt mit dem Ziel, die Durchblutung des Herzmuskels wiederherzustellen. Als Überbrückung dienen körpereigene Arterien der Brustwand oder Venen-oder Arterienstücke aus dem Unter- oder Oberschenkel bzw. künstliche Gefäße, die in die Herzkranzarterie eingenäht werden. Wenn nötig, können auch mehrere Bypässe angelegt werden.

Die Operation wird bei ruhig gestelltem Herz mittels Herz-Lungen-Maschine oder am schlagenen Herzen durchgeführt.

Der operative Zugangsweg erfolgt entweder via Durchtrennung des Brustbeins (konventionelle Sternotomie) oder auf minimalinvasivem Wege ohne Sternotomie

Leistungskriterien:

Mindestens 3 Monate müssen zwischen Vertragsbeginn und Indikationsstellung zur Bypassoperation liegen und folgende Leistungskriterien müssen erfüllt sein:

- Vorliegen einer Myokardischämie und Angina-pectoris-Symptomatik und

- Vorliegen signifikanter proximaler Stenosen (>70%) eines oder mehrerer der folgenden Koronargefäße:

- linke Koronararterie (LCA)
- rechte Koronararterie (RCA)
- Ramus interventricularis anterior (RIVA)
- Ramus circumflexus (RCX)

oder

- Vorliegen einer signifikanten (≥50%) links-koronaren Hauptstammstenose

Leistungspflicht besteht auch bei Vorliegen einer De-novo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer dringenden oder frühen (< 72h) Bypassoperation gemäß den ESC-Guidelines (Leistung ohne Wartezeit).

Nachweis:

Indikationsstellung zur Bypassoperation mit o.a. Leistungskriterien mittels Koronarangiographie durch einen Kardiologen/Herzchirurgen oder

bereits durchgeführter Eingriff

2. Organtransplantation

OPS:

5-411 Transplantation von hämatopoetischen Stammzellen aus dem Knochenmark

5-335 Lungentransplantation

5-375 Herz- und Herz-Lungen-Transplantation

5-528 Transplantation von Pankreas(gewebe)

5-504 Lebertransplantation

5-555 Nierentransplantation

Wenn ein Organ irreversibel geschädigt ist, kann es eventuell durch ein passendes Spenderorgan ersetzt werden. Passende Spenderorgane werden durch Transplantationszentren mittels Verträglichkeitstest der Gewebemerkmale (HLA-Typen) von Empfänger und Spender gesucht.

Leistungskriterien:

Folgende Leistungskriterien müssen erfüllt sein:

- Zeitraum von mindestens 3 Monaten zwischen Vertragsbeginn und Indikationsstellung zur Organtransplantation und

- Vorliegen eines Organversagens mit der Notwendigkeit einer Organtransplantation aufgrund schwerer chronischer Schädigung oder Funktionsverlustes mindestens eines der folgenden Organe:

- Niere
- Leber
- Herz
- Lunge
- Bauchspeicheldrüse
- allogenes Knochenmark oder allogene hämatopoetische Stammzellen

oder

- Nachweis der Aufnahme auf eine offizielle Transplantationsliste für eines der oben genannten Organe

Nachweis:

Feststellung der Indikation zur Transplantation eines o.a. Organes durch einen Arzt der entsprechenden Fachrichtung oder bereits durchgeführter Eingriff

Ausschlüsse:

Leistungspflicht besteht nicht bei Transplantationen von Haut, Augenhornhaut, Augenlederhaut, Gliedmaßen, (Bauchspeicheldrüsen-)Inselzellen, Knorpelzellen

Anhang zur Kündigung und Beitragsfreistellung Ihrer PrismaBU^{Excellent}

Die Beiträge werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind keine oder nur geringe Beiträge zur Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Mittel für die Bildung beitragsfreier Leistungen oder für einen Rückkaufswert zur Verfügung. Der Rückkaufswert entspricht dem Deckungskapital Ihrer Versicherung gemäß § 9 Abs. 3 der Bedingungen für die

PrismaBU^{Excellent}, wobei der in den Versicherungsbedingungen vereinbarte Abzug erfolgt.

Bei seiner Kalkulation werden folgende Umstände berücksichtigt:

VERÄNDERUNGEN DER RISIKO- UND ERTRAGSLAGE

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern bzw. versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht.

Wir kalkulieren im Übrigen so, dass alle Verträge über ihre Laufzeit hinweg zu den Erträgen beitragen. Diese Erträge fallen i.d.R. erst in späteren Versicherungsjahren an. Vorzeitige Vertragsauflösungen schmälern daher den tariflich kalkulierten Ertrag.

AUSGLEICH FÜR KOLLEKTIV GESTELLTES RISIKOKAPITAL

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versicherungsenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Im Falle der Beitragsfreistellung gelten vorstehende Ausführungen entsprechend.

Bedingungen für die Kostenausgleichsvereinbarung (KAV)

Sehr geehrter Kunde!

Für die Kostenausgleichsvereinbarung werden nachfolgende Bedingungen vereinbart.

§ 1 GEGENSTAND DER

KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG

(1) Die Kostenausgleichsvereinbarung führt zu einer Abspaltung der Kostentilgung vom betreffenden Versicherungsvertrag insofern, als dort keine Verrechnung der Abschluss- und Einrichtungskosten mit der Beitragszahlung stattfindet.

(2) Das Zustandekommen des vorliegenden Vertrages ist abhängig vom Zustandekommen des genannten Versicherungsvertrages. Der Versicherungsvertrag ist geschlossen, wenn wir Ihren Antrag angenommen haben und Ihnen die Versicherungspolice ausgehändigt wurde oder wenn Sie unser Angebot angenommen haben und uns Ihre schriftlich vorformulierte Annahmeerklärung zugegangen ist.

(3) Die Auflösung des einmal zustande gekommenen Versicherungsvertrages führt dagegen - ausser bei einem Widerruf - nicht zur Beendigung der Kostenausgleichsvereinbarung.

§ 2 FÄLLIGKEIT DER TEILZAHLUNGEN

(1) Die erste Rate ist, sofern wir Ihren Antrag annehmen, nach Erhalt der Versicherungspolice, sofern Sie unser Angebot mit der schriftlich vorformulierten Annahmeerklärung annehmen, nach Annahme des Angebots, jeweils jedoch frühestens zum Beginn des Versicherungsvertrages fällig. Die Fälligkeit der Folgeraten ist abhängig vom Beginn des Versicherungsmonats.

(2) Befindet sich der Versicherungsnehmer mit mindestens zwei aufeinanderfolgenden Teilzahlungen ganz oder teilweise und mindestens mit 10%, bei einer Laufzeit des Kostenausgleichsvertrages von mehr als drei Jahren mit mindestens 5% des Nennbetrags des Teilzahlungspreises in Verzug und hat die PrismaLife erfolglos eine zweiwöchige Frist zur Zahlung des rückständigen Betrags mit der Erklärung gesetzt, dass sie bei Nichtzahlung innerhalb der Frist die gesamte Restschuld verlangt, so wird der Gesamtkostenbetrag sofort fällig.

(3) Sonderzahlungen zu den vereinbarten Teilzahlungen sind möglich. Damit verkürzt sich jedoch lediglich die vereinbarte Zahlungsdauer.

(4) Im Fall nicht fristgerechter Begleichung der Teilzahlungen können Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz p.a. auf den ausstehenden Betrag entstehen. Diese sind gemeinsam mit der letzten Rate als Restschuld zu zahlen.

§ 3 TILGUNG

(1) Die Tilgung richtet sich nach dem vereinbarten Tilgungsplan.

(2) Der Versicherungsnehmer hat nur die Möglichkeit des Kostenausgleichs durch Teilzahlungen. Es sind jedoch auch Sondertilgungen in beliebiger Höhe möglich, wobei anschließend gleichmäßige Teilzahlungen in unveränderter Höhe aber mit verkürzter Restlaufzeit zu erbringen sind. Die PrismaLife erhebt im Rahmen der Teilzahlung keine Zinsen.

(3) Die tatsächlich erbrachte Tilgungsleistung wird insofern taggenau berücksichtigt, als Vorfälligkeitsleistungen bzw. Tilgungsleistungen, die nach dem Fälligkeitstermin erfolgen, durch eine Gutschrift am Ende der Laufzeit bzw. durch eine zusätzliche Ratenleistung des Versicherungsnehmers ausgeglichen werden.

§ 4 ERHÖHUNG DER RENTEN

Im Fall der Erhöhung der Rente innerhalb des betreffenden Versicherungsvertrages wird zwischen den Parteien eine zusätzliche Tilgungsvereinbarung hinsichtlich dieser Erhöhung, welche neben diese Vereinbarung tritt, geschlossen.

§ 5 VERTRAGSBEENDIGUNG

(1) Dieser Vertrag zur Kostenausgleichsvereinbarung endet mit seiner vollständigen Bezahlung.

(2) Eine Kündigung der Kostenausgleichsvereinbarung ist nur bei Vorliegen eines wichtigen Grundes möglich und führt dazu, dass die Gesamtsumme der noch nicht getilgten Abschluss- und Einrichtungskosten sofort fällig wird.

(3) Die Auflösung des einmal zustande gekommenen Versicherungsvertrages führt dagegen - ausser bei einem Widerruf - nicht zur Beendigung der Kostenausgleichsvereinbarung. Beachten Sie deshalb bitte, dass eine frühzeitige Kündigung des Versicherungsvertrages wegen der fortbestehenden Zahlungsverpflichtung aus der Kostenausgleichsvereinbarung mit wirtschaftlichen Nachteilen für Sie verbunden ist.

§ 6 KÖNNEN SIE DIE KOSTENAUSGLEICHSVEREINBARUNG WIDERRUFEN?

Widerrufsrecht im Rahmen der Kostenausgleichsvereinbarung: Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. Brief, Fax, E-Mail) gegenüber der PrismaLife AG, Industriestraße 56 in FL-9491 Ruggell, widerrufen. Die Frist beginnt nach Erhalt der Vertragsurkunde der Kostenausgleichsvereinbarung, der Durchschrift des Antrages mit zugehörigem Risikofragebogen und dieser Belehrung in Textform. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Widerrufsfolgen: Mit der Kostenausgleichsvereinbarung bezahlen Sie die Abschluss- und Einrichtungskosten des ebenfalls mit uns geschlossenen Versicherungsvertrages. Die beiden Verträge bilden damit eine wirtschaftliche Einheit. Daher, und weil Ihnen in Bezug auf den Versicherungsvertrag ein Widerrufsrecht zusteht, ist dieser zu widerrufen, wobei ein wirksamer Widerruf neben dem Versicherungsschutz auch die Kostenausgleichsvereinbarung beendet. Widerrufen Sie dennoch die Kostenausgleichsvereinbarung, so gilt dies als Widerruf des Versicherungsvertrages, wobei ein wirksamer Widerruf neben dem Versicherungsschutz auch die Kostenausgleichsvereinbarung beendet. Bezüglich der weiteren Rechtsfolgen verweisen wir auf die oben stehenden Widerrufsfolgen in der Belehrung zum Widerrufsrecht im Rahmen des Versicherungsvertrages, die Sie bitte erneut zur Kenntnis nehmen.

§ 7 WAS PASSIERT, WENN SIE AUFGRUND EINER FINANZIELLEN NOTLAGE DIE MONATLICHEN TEILZAHLUNGEN NICHT MEHR ERBRINGEN KÖNNEN?

Wenn Sie uns Ihre finanzielle Notlage wie folgt nachweisen (die genannten Nachweise dürfen nicht älter als drei Monate sein):

- Bescheinigung über das Scheitern einer außergerichtlichen Schuldenregulierung,
- Nachweis eines Antrags auf Durchführung eines vereinfachten Insolvenzverfahrens
- Nachweis über die Abgabe der eidesstattlichen Versicherung oder
- Vorlage eines Haftbefehls zur Erzwingung der Abgabe der eidesstattlichen Versicherung

werden wir auf unsere restliche Forderung aus der Kostenausgleichsvereinbarung verzichten. Die bis dahin für die Kostenausgleichsvereinbarung geleisteten Beträge behalten wir ein.

§ 8 SCHLUSSBESTIMMUNGEN

(1) Änderungen oder Ergänzungen zu diesem Vertrag bedürfen der Schriftform.

(2) Neben diesem Vertrag existieren keine weiteren Abreden zur Kostentilgung des betreffenden Versicherungsvertrages.

(3) Sollte sich eine Bestimmung dieser Vereinbarung nachträglich als unwirksam herausstellen, hat dies auf die Wirksamkeit der übrigen Vertragsregelungen keinen Einfluss. Soweit die Parteien anstelle der unwirksamen Bestimmung eine rechtswirksame Regelung in Schriftform vereinbaren, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung und des gesamten Darlehensvertrages entspricht, so gilt diese. Im Fall des Fehlens einer solchen Neuregelung gilt das wirtschaftlich Gewollte, hilfsweise die gesetzliche Regelung.

Gebührentabelle für die Berufsunfähigkeitsversicherung PrismaBU^{Exxellent} (Stand September 2011)

Als Transaktionskosten werden je nach dem vom Versicherungsnehmer gewünschten Geschäftsvorfall folgende Kostenbeträge entnommen. Diese können jederzeit von der PrismaLife angepasst und erweitert werden:

Geschäftsvorfall	Sonderkosten EUR	Geschäftsvorfall	Sonderkosten EUR
Wiederinkraftsetzen (nur mit erneuter Gesundheitsprüfung)	20	Änderung der Vertragslaufzeit	20
Änderung des Versicherungsnehmers	10	Beitragspause (falls möglich)	20
Änderung der Adressen (inkl. Namensänderung)	5	Beitragsfreistellung	20
Änderung des Bezugsrechts	5	Rückläufer beim Lastschriftverfahren	5
Änderung des Kontos	5	Mahnung	10
Teilkündigung (=Reduktion der Rentenhöhe)	20	Rentenerhöhung mit Risikoprüfung	20
Kündigung	20	Ausstellen einer Ersatzpolice	20

Gemäß § 12 der Bedingungen für die PrismaBU^{Exxellent} werden Ihrem Versicherungsvertrag folgende Kosten belastet:

1. Verwaltungskosten

- Laufende Verwaltungskosten für laufende Beiträge 7% jedes bezahlten Beitrages
 2. monatliche fixe Verwaltungsgebühr (wird monatlich aus den Beiträgen entnommen) EUR 2,50

BEI DER BERECHNUNG DER RISIKOPRÄMIEN KOMMEN DERZEIT FOLGENDE RECHNUNGSGRUNDLAGEN ZUR ANWENDUNG:

Berufsunfähigkeitsrisiko DAV 1997 I