

## Bedingungen für die Worst-Case Kapitalhilfe

Fassung 01.2022

Sehr geehrter Kunde<sup>1)</sup>,

für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Bei der Worst-Case Kapitalhilfe handelt es sich um eine Zusatzversicherung. Sie kann zu den Grundfähigkeitsversicherungen SI WorkLife KOMFORT und SI WorkLife KOMFORT-PLUS vereinbart werden.

Angaben hierzu finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

### Inhaltsverzeichnis

§ 1 Welche Leistung erbringen wir?	§ 4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?
§ 2 Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vor?	§ 5 Wie sind Sie an den Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligt?
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
	§ 7 Schlussbestimmungen

### § 1 Welche Leistung erbringen wir?

#### Unsere Leistung

**1** Wir zahlen einmalig die vereinbarte Versicherungssumme, wenn

- bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer der Worst-Case Kapitalhilfe (im Folgenden: Kapitalhilfe) eine im Sinne dieser Bedingungen schwere Krankheit (siehe § 2) eintritt,
- die unter Absatz 3 genannten Voraussetzungen der Wartezeit erfüllt sind und
- der Anspruch nach Ablauf der Karenzzeit entsprechend den Regelungen in Absatz 4 entstanden ist.

**2** Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Kapitalhilfe, wenn unsere Leistungspflicht aus der Grundfähigkeitsversicherung (Hauptversicherung) anerkannt oder festgestellt ist. Die Leistungen aus der Kapitalhilfe (Rückkaufwert, beitragsfreie Versicherungssumme und Überschussbeteiligung) berechnen wir so, als ob Sie den Beitrag unverändert weitergezahlt hätten.

#### Wartezeit

**3** Es ist eine Wartezeit von 3 Monaten vereinbart.

Ein Anspruch auf die vereinbarte Versicherungssumme besteht daher nur, wenn eine im Sinne dieser Bedingungen schwere Krankheit (siehe § 2) erst 3 Monate nach dem vereinbarten Versicherungsbeginn eintritt.

Wenn innerhalb der ersten 3 Monate seit dem vereinbarten Versicherungsbeginn

- erstmalig Symptome einer im Sinne dieser Bedingungen schweren Krankheit (siehe § 2) auftreten oder
- eine entsprechende Diagnose durch einen Facharzt gestellt wird,

ist die Wartezeit nicht erfüllt. In diesem Fall besteht kein Anspruch auf die vereinbarte Versicherungssumme und die Kapitalhilfe erlischt. Ein vorhandener Rückkaufwert der Kapitalhilfe wird dann zur Bildung bzw. Erhöhung eines Überschussguthabens in der Hauptversicherung verwendet.

#### Karenzzeit

**4** Der Anspruch auf die vereinbarte Versicherungssumme der Kapitalhilfe entsteht mit Ablauf der Karenzzeit, soweit die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt lebt.

Die Karenzzeit läuft 28 Tage nach Stellung der Diagnose einer im Sinne dieser Bedingungen schweren Krankheit (siehe § 2) ab. Die Diagnose muss durch einen entsprechenden Facharzt gestellt worden sein.

Erlebt die versicherte Person den Ablauf der Karenzzeit, zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme zu Beginn des Monats, der auf den Ablauf der Karenzzeit folgt.

<sup>1)</sup> Sämtliche verwendeten Begriffe, die Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral formuliert. Sie gelten für alle Geschlechter.

Verstirbt die versicherte Person innerhalb der Karenzzeit, wird keine Leistung fällig und die Kapitalhilfe erlischt. Ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben der Kapitalhilfe wird dann zur Bildung bzw. Erhöhung eines Überschussguthabens in der Hauptversicherung verwendet.

**5** Es wird darüber hinaus keine Leistung fällig, wenn

- keine im Sinne dieser Bedingungen schwere Krankheit (siehe § 2) eintritt und die versicherte Person stirbt oder
- die vereinbarte Versicherungsdauer abläuft.

**6** Wenn wir die vereinbarte Versicherungssumme nach Absatz 1 gezahlt haben, erlischt die Kapitalhilfe.

**7** Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

### § 2 Wann liegt eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen vor?

Der Eintritt der nachfolgend aufgeführten schweren Krankheiten ist versichert:

- Krebs
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Benigner Gehirntumor
- Chronische Lungenschwäche
- Chronisches Nierenversagen
- HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion
- HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit
- Multiple Sklerose

In den Absätzen 1 bis 16 teilen wir Ihnen mit, wann im Sinne dieser Bedingungen eine dieser schweren Krankheiten vorliegt.

#### Krebs

**1** Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein bösartiges Zellwachstum (z. B. Tumor), das durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Krebs ist, dass

- a) die Diagnose durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien zytologischen - Befundes bestätigt ist und
- b) kein Fall vorliegt, der nach Absatz 2 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

**2** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- a) alle Krebserkrankungen, die ausschließlich auf Basis molekularer oder biochemischer Verfahren nachgewiesen werden (z. B. durch den Nachweis von Tumor-DNA im Blut),

- b) Carcinoma-in-situ oder prä maligne und nicht-invasive Formen,
- c) Morbus Hodgkin des Stadiums I und Non-Hodgkin-Lymphome des Stadiums I der Ann Arbor Klassifikation (Stand 2016),
- d) Leukämien, sofern diese keine Anämie verursacht haben,
- e) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2016),
- f) Schilddrüsenkrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1N0M0 (UICC, Stand 2016),
- g) Melanome des histologisch nachgewiesenen Stadiums I (TNM Klassifikation, UICC, Stand 2016), sowie alle sonstigen Hautkrebsformen, die kein Melanom sind. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.

#### Herzinfarkt

**3** Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist ein akutes Ereignis, das innerhalb eines umschriebenen Herzmuskelbereichs zu einem Untergang von Herzmuskelzellen infolge eines Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße geführt hat.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Herzinfarktes ist, dass

- a) für einen Herzinfarkt typische klinische Symptome vorliegen und
- b) neu aufgetretene EKG (Elektrokardiographie)-Veränderungen, die mit einem akuten Herzinfarkt vereinbar sind, nachgewiesen werden und
- c) ein vorübergehender Anstieg von herzspezifischem Troponin über den vom bestimmenden Labor zu Grunde gelegten Referenzwert für Herzinfarkte vorliegt und
- d) ein durch den Herzinfarkt verursachter Funktionsverlust des Herzens durch eine verminderte Auswurfleistung (Ejektionsfraktion) der linken Herzkammer unter 55 % oder durch regionale Wandbewegungsstörungen frühestens ein Monat nach dem akuten Ereignis nachweisbar ist und
- e) kein Fall vorliegt, der nach Absatz 4 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

**4** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- a) alle Ereignisse, die nicht von einem Kardiologen oder Internisten als Herzinfarkt bestätigt wurden,
- b) Herzinfarkte unbestimmten Alters, d. h. das Datum des Herzinfarktes kann medizinisch nicht nachgewiesen werden,
- c) Anstiege von herzspezifischem Troponin, die direkt durch einen Eingriff am Herzen verursacht wurden, z. B. durch eine koronare Angiographie oder eine koronare Angioplastie.

#### Schlaganfall

**5** Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer Blutung innerhalb des Hirnschädels.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Schlaganfalls ist, dass

- a) das Vorliegen eines Schlaganfalls durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
- b) der Schlaganfall zu einem neurologischen Defizit geführt hat. Die Beurteilung dieses Defizits darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen und es muss mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
  - i. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
  - ii. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
  - iii. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

**6** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind unfallbedingte Verletzungen von Hirngewebe oder Blutgefäßen und transitorische ischämische Attacken (TIA).

#### Benigner Gehirntumor

**7** Benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist eine nicht bösartige, aber lebensbedrohliche Neubildung von Gewebe im Gehirn.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines benignen Gehirntumors ist, dass

- a) das Vorliegen eines Tumors durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
- b) schwere Folgen des Tumors, wie z. B. Erhöhung des Hirndrucks, Neuauftreten von epileptischen Anfällen oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen, objektiv nachgewiesen werden und
- c) zusätzlich entweder:
  - i. der Tumor durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt wurde oder
  - ii. die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie begonnen wurde oder
  - iii. nur noch eine palliative Behandlung möglich ist, und
- d) kein Fall vorliegt, der nach Absatz 8 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

**8** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Zysten, Verkalkungen, Granulome, Hämatome sowie Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns.

#### Chronische Lungenschwäche

**9** Chronische Lungenschwäche im Sinne dieser Bedingungen ist eine chronische Atemwegsinsuffizienz im Endstadium.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer chronischen Lungenschwäche ist, dass für einen Zeitraum von mindestens drei Monaten

- a) eine dauerhafte Sauerstofftherapie von mindestens acht Stunden pro Tag erforderlich ist und bereits durchgeführt wird und
- b) ein durch einen Lungenfacharzt gemessener Sauerstoffpartialdruck von unter 55 mmHg vorliegt.

#### Chronisches Nierenversagen

**10** Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im Endstadium, das eine Dauerdialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht.

Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von chronischem Nierenversagen ist der Beginn der Dauerdialysebehandlung bzw. eine erfolgte Nierentransplantation.

#### HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion

**11** HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion - im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion - ist, dass

- a) dem Versicherer ein
  - i. Schuldanerkenntnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte oder
  - ii. ein rechtskräftiges Urteil vorgelegt wird, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion der versicherten Person im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde und
- b) der Versicherer Zugang zu allen relevanten Blutproben der versicherten Person hat sowie die Möglichkeit erhält, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen und
- c) kein Fall vorliegt, der nach Absatz 12 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

**12** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- a) HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, und
- b) Fälle, in denen die versicherte Person an Hämophilie leidet.

### HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit

**13** HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit - im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die HIV-Infektion

- a) durch eine Verletzung oder
- b) durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit - ist, dass
- c) der Beruf der versicherten Person in der in Absatz 15 dargestellten Liste enthalten ist und
- d) die Serokonversion innerhalb von sechs Monaten nach dem Vorfall erfolgt und
- e) die versicherte Person innerhalb von fünf Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen ließ, der das Nichtvorhandensein von HI-Viren oder von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt und
- f) innerhalb von zwölf Monaten nach dem Vorfall HI-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen wurden und
- g) der Vorfall nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt wurde und
- h) kein Fall vorliegt, der nach Absatz 14 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.

**14** Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen.

**15** Die in Absatz 13 c) genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

- a) Ärzte / -innen (Allgemeinärzte / -innen, Fachärzte / -innen, etc.)
- b) Zahnärzte / -innen
- c) Krankenschwestern / -pfleger
- d) Personal in medizinischen Einrichtungen
- e) Krankenhauspersonal
- f) Küchenpersonal im Krankenhaus
- g) Reinigungspersonal im Krankenhaus
- h) Arzthelfer / -innen
- i) Zahnarzthelfer / -innen
- j) Hebammen / Geburtshelfer
- k) Rettungsfachpersonal
- l) Wäschereipersonal im Krankenhaus
- m) Feuerwehrleute
- n) Polizisten / -innen
- o) Gefängnispersonal
- p) Zahntechniker / -innen

### Multiple Sklerose

**16** Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Multipler Sklerose ist, dass

- a) mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark mittels CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder anderer entsprechender bildgebender Verfahren nachgewiesen wird und
- b) eine durch diese Entmarkungsherde erklärbare neurologische Einschränkung besteht, die einem Wert von mindestens 4,5 in der EDSS (Expanded Disability Status Scale, Stand 2016) entspricht, und
- c) das Vorliegen von a) und b) durch einen Neurologen bestätigt wird.

### § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

**1** Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Eintritt des Leistungsfalls beruht.

**2** Wir leisten jedoch nicht, wenn der Leistungsfall verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch
  - Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, es sei denn, das den Leistungsfall verursachende Ereignis tritt während eines Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein, und die versicherte Person war an den

kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt

- innere Unruhen, sofern die versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

- b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße, z. B. im Straßenverkehr, sind hiervon nicht betroffen;
- c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder der Bezugsberechtigte vorsätzlich den Leistungsfall herbeigeführt haben;
- e) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist, werden wir leisten;
- f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen bei terroristischen Akten oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen bei terroristischen Akten, sofern durch den Einsatz oder das Freisetzen billigend in Kauf genommen wird, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und es infolge des Einsatzes oder des Freisetzens von einer nicht kalkulierbaren Häufung von Leistungsfällen in einer Höhe kommt, bei der die Erfüllbarkeit nicht betroffener Verträge nicht mehr gewährleistet werden kann und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

### § 4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?

**1** Wird eine Leistung aus der Kapitalhilfe beansprucht, müssen uns auf Kosten des Anspruchserhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt einer schweren Krankheit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über die Auswirkungen des Leidens;
- c) bei Eintritt einer schweren Krankheit nach § 2 Absätze 13 bis 15 zusätzlich einen Nachweis über die ausgeübten beruflichen Tätigkeiten.

**2** Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 EUR pro Übernachtung übernommen.

**3** Unsere Leistung wird fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalles und des Umfangs unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

4 Die versicherte Person ist dazu verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen Folge zu leisten, soweit diese eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Dazu gehören beispielsweise das Einhalten von Diäten oder die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Seh- und Hörhilfen, Prothesen). Zumutbar sind solche Heilbehandlungen und Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

## **§ 5 Wie sind Sie an den Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligt?**

### **I Grundsätze**

Die Regelungen zur Entstehung und Beteiligung an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung) für die Hauptversicherung gelten sinngemäß auch für die Kapitalhilfe, die grundsätzlich gesondert am Überschuss und den Bewertungsreserven beteiligt ist.

Für die Kapitalhilfe gelten darüber hinaus auch folgende Regelungen:

- die Regelungen zu den verwendeten Rechnungsgrundlagen (siehe § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung) und

- die Regelungen zur Entstehung kalkulatorischer Bestandteile und deren Bedeutung für diesen Vertrag (siehe § 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung).

In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

Ein Schlussüberschussanteil ist nicht vorgesehen.

Zusätzlich zu den in den Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung aufgeführten Regelungen zur Überschussbeteiligung gelten nachfolgende Ausführungen.

### **II Bemessungsgrundlage und Fälligkeit für die Überschussanteile während der Anwartschaft von Haupt- und Zusatzversicherung**

#### **Überschussanteile für beitragspflichtige Versicherungen**

1 Sie erhalten laufende Überschussanteile zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres.

Die Bemessungsgröße für die laufenden Überschussanteile ist - abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung:

- bei der Überschussverwendung Beitragsverrechnung: der je nach Zahlungsweise vereinbarte Beitrag
- bei der Überschussverwendung verzinsliche Ansammlung: die Summe der Beiträge des am Zuteilungstermin beginnenden Versicherungsjahres

#### **Überschussanteile für beitragsfreie anwartschaftliche Versicherungen**

2 Sie erhalten am Ende eines jeden Versicherungsjahres Zinsüberschussanteile.

Die Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile ist das Deckungskapital der Kapitalhilfe zu Beginn des am Zuteilungstermin abgelaufenen Versicherungsjahres.

### **III Verwendung der Überschussanteile während der Anwartschaft von Haupt- und Zusatzversicherung**

1 Die Überschussanteile bei beitragspflichtigen Versicherungen werden abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung

- mit den gezahlten Beiträgen des laufenden Versicherungsjahres verrechnet
- oder
- zur verzinslichen Ansammlung (Bildung eines Überschussguthabens)

verwendet.

2 Die Überschussanteile bei beitragsfreien Versicherungen werden zur verzinslichen Ansammlung (Bildung eines Überschussguthabens) verwendet.

### **IV Bemessungsgrundlage, Fälligkeit und Verwendung der Überschussanteile im Leistungsbezug der Hauptversicherung**

1 Sie erhalten am Ende eines jeden Versicherungsjahres Zinsüberschussanteile.

Die Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile ist das Deckungskapital der Kapitalhilfe zu Beginn des am Zuteilungstermin abgelaufenen Versicherungsjahres.

#### **Verwendung der Überschussanteile**

2 Die Zinsüberschussanteile werden verzinslich angesammelt.

### **V Bemessungsgrundlage, Fälligkeit und Verwendung der Beteiligung an den Bewertungsreserven**

1 Sie werden an den Bewertungsreserven beteiligt; die Zuteilung für Ihre Kapitalhilfe erfolgt bei:

- Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer
- Eintritt des Leistungsfalls (siehe § 1 Absatz 1)
- Ablauf der Versicherungsdauer
- oder
- Kündigung der Kapitalhilfe.

Die Stichtage für die Ermittlung der Höhe der verteilungsfähigen Bewertungsreserven sind bei

- Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer: der vierte Tag des Monats des Eingangs der Meldung des Todesfalls
- Eintritt des Leistungsfalls: der vierte Tag des Monats vor Auszahlung der Leistung nach § 1 Absatz 1
- Ablauf der Versicherungsdauer: der vierte Tag des letzten Monats vor Ablauf der Versicherungsdauer
- vollständiger Kündigung: der vierte Tag der letzten Monats vor dem Wirkungsdatum der Kündigung.

#### **Verwendung der Bewertungsreserven**

2 Wird Ihrer Kapitalhilfe eine Beteiligung an den Bewertungsreserven zugeteilt, so wird dieser Betrag grundsätzlich zur Bildung bzw. Erhöhung eines Überschussguthabens in der Hauptversicherung verwendet.

### **VI Verwendung eines gegebenenfalls vorhandenen Überschussguthabens**

Bei Tod der versicherten Person, vollständiger Kündigung, Eintritt des Leistungsfalls (siehe § 1 Absatz 1) oder Ablauf der Versicherungsdauer wird ein gegebenenfalls vorhandenes Überschussguthaben zur Bildung bzw. Erhöhung eines Überschussguthabens in der Hauptversicherung verwendet.

## **§ 6 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?**

1 Die Kapitalhilfe bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Kapitalhilfe.

#### **2 Rechnungsgrundlagen und kalkulatorische Bestandteile**

Für die Kapitalhilfe gelten sinngemäß auch folgende Regelungen:

- die Regelungen zu den verwendeten Rechnungsgrundlagen (siehe § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung) und
- die Regelungen zur Entstehung kalkulatorischer Bestandteile und deren Bedeutung für diesen Vertrag (siehe § 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung).

#### **3 Kündigung oder Beitragsfreistellung**

##### **a) Grundsätze**

Grundsätzlich gilt § 21 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung, insbesondere die Erläuterungen zum Mindestrückkaufwert sowie zur Verrechnung der Abschlusskosten.

Bei Kündigung der Kapitalhilfe erheben wir jedoch keinen Abzug.



#### b) Kündigung

Eine Kapitalhilfe, für die laufende Beiträge zu zahlen sind, können Sie für sich allein kündigen. In den letzten 5 Versicherungsjahren kann die Kapitalhilfe jedoch nur zusammen mit der Hauptversicherung gekündigt werden.

Eine Kapitalhilfe, für die keine Beiträge zu zahlen sind, können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

Wird die Kapitalhilfe gemeinsam mit der Hauptversicherung gekündigt und wird infolgedessen eine Leistung bei Kündigung nach § 21 Absatz 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung fällig, erhalten Sie - soweit vorhanden - den nach Absatz 3 d) ermittelten Rückkaufswert der Kapitalhilfe.

Wird die Kapitalhilfe ohne die Hauptversicherung gekündigt, erlischt die Kapitalhilfe, ohne dass eine Leistung fällig wird.

#### c) Beitragsfreistellung

Die Kapitalhilfe können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung vollständig oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln.

Bei vollständiger Beitragsfreistellung werden aus der Summe der Deckungskapitale von Hauptversicherung und der Kapitalhilfe die beitragsfreien Leistungen der Hauptversicherung und der Kapitalhilfe so berechnet, dass das Verhältnis der Versicherungssumme zur versicherten Leistung der Hauptversicherung nicht verändert wird.

Für die beitragsfreie Versicherungssumme gelten die Bestimmungen in Absatz 3 e).

Bei einer teilweisen Beitragsfreistellung wird die Kapitalhilfe nach Absatz 4 herabgesetzt.

#### d) Rückkaufswert

Einen Rückkaufswert aus der Kapitalhilfe - soweit vorhanden - erhalten Sie nur, wenn Sie die Kapitalhilfe zusammen mit der Hauptversicherung vollständig kündigen (siehe § 21 Absatz 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung).

Der Rückkaufswert ist das Deckungskapital der Kapitalhilfe. Etwaige Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

Das Deckungskapital der Kapitalhilfe ist der Betrag, den wir aus Ihren Beiträgen für die Kapitalhilfe zur Erfüllung unserer vertraglichen Leistung bilden. Es wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode mit den Rechnungsgrundlagen nach § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung berechnet.

#### e) Beitragsfreie Leistung

Die beitragsfreie Versicherungssumme errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen nach § 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung. Der aus der Kapitalhilfe für die Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme zur Verfügung stehende Betrag ist das Deckungskapital. Etwaige Beitragsrückstände führen zu einer Verringerung der beitragsfreien Versicherungssumme.

Eine Fortführung der Kapitalhilfe unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Versicherungssumme mindestens 600 EUR beträgt. Anderenfalls wird ein vorhandener Rückkaufswert der Kapitalhilfe zur Bildung bzw. Erhöhung eines Überschussguthabens in der Hauptversicherung verwendet.

**4** Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung wird die Kapitalhilfe ebenfalls herabgesetzt, wobei die Versicherungssumme der Kapitalhilfe im selben Verhältnis vermindert wird wie die Leistungen der Hauptversicherung.

Eine Herabsetzung der Kapitalhilfe ist jedoch nur möglich, wenn deren herabgesetzte Versicherungssumme den in Absatz 3 e) festgelegten Mindestbetrag erreicht. Anderenfalls erlischt die Kapitalhilfe. Ein vorhandener Rückkaufswert wird zur Bildung bzw. Erhöhung eines Überschussguthabens in der Hauptversicherung verwendet.

**5** Ansprüche aus der Kapitalhilfe, die auf einer - bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung eingetretenen - schweren Krankheit (siehe § 2) beruhen, werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung der Hauptversicherung nicht berührt.

## § 7 Schlussbestimmungen

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung - insbesondere die Regelungen zur Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht in § 8 sowie zu den Mitwirkungspflichten in § 13 - sinngemäß Anwendung.