

Besondere Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung – Comfort-Schutz

Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

- § 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit? Seite 1
§ 2 Welche Sofortleistung erbringen wir im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes? Seite 1

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Beitragszahlung?

- § 3 Wann stunden wir Ihnen die Beiträge? Seite 2

Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

- § 4 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird? Seite 3
§ 5 Welche Soforthilfe erbringen wir bei Einreichung der Sterbeurkunde? Seite 3

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Vertragsgestaltung?

- § 6 Was ermöglicht Ihnen die Nachversicherungsgarantie bei Versicherungen mit konstanter Versicherungssumme? Seite 3
§ 7 Wann erhalten Sie einen Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus? Seite 4
§ 8 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern? Seite 4

Ergänzend zu den Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gelten folgende Regelungen:

Welche zusätzlichen Leistungen beinhaltet Ihr Versicherungsschutz?

§ 1 Welche Zusatzleistung erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit?

(1) Wird die versicherte Person⁺ nach Abschluss des Vertrags während der Versicherungsdauer⁺ pflegebedürftig im Sinne der Absätze 3 und 4, erbringen wir auf Ihren Antrag hin (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 4) eine einmalige Kapitalleistung (Zusatzleistung) in Höhe von zehn Prozent der zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch 10.000,- EUR.

Die Zusatzleistung kann während der Versicherungsdauer einmal in Anspruch genommen werden.

Die Beantragung einer Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit ist nur möglich, solange die versicherte Person lebt.

(2) Die Versicherungssumme bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer bleibt hiervon unberührt. Verstirbt die versicherte Person jedoch innerhalb von sechs Monaten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit, wird keine Zusatzleistung erbracht. Eine bereits gewährte Zusatzleistung wird in diesem Fall von der Versicherungssumme in Abzug gebracht.

Eine Zusatzleistung wird nicht gewährt, wenn die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person in unmittelbarem Zusammenhang mit einer schweren Krankheit im Sinne des § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung steht.

(3) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate so hilflos sein wird, dass sie für mindestens drei der nachfolgend genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

a) Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

b) Aufstehen und Zubettgehen

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

c) An- und Auskleiden

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

d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

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

e) Waschen, Kämmen oder Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder einem Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt oder wenn die versicherte Person von einer anderen Person gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür erforderlichen Körperbewegungen auszuführen.

f) Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
- 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 Hilfsmitteln wie Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(4) Der Begriff der Pflegebedürftigkeit nach diesen Bedingungen ist nicht mit der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialgesetzbuches identisch.

§ 2 Welche Sofortleistung erbringen wir im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes?

(1) Tritt bei einem Kind der versicherten Person⁺ unter Beachtung von Absatz 2 bis 4 während der Versicherungsdauer⁺ eine der in Absatz 5 aufgeführten Erkrankungen ein, erbringen wir auf Ihren Antrag hin eine einmalige Kapitalleistung (Sofortleistung) in Höhe von zehn Prozent der zum Zeitpunkt der Erkrankung vereinbarten Versicherungssumme, maximal jedoch pro Kind 25.000,- EUR.

Die Sofortleistung kann während der Versicherungsdauer pro Kind einmal in Anspruch genommen werden.

Die Versicherungssumme bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer bleibt hiervon unberührt.

Als Kinder im Sinne dieser Bedingungen gelten leibliche oder adoptierte Kinder der versicherten Person, die zum Zeitpunkt der Erkrankung das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

(2) Die Sofortleistung kann nur in Anspruch genommen werden, wenn

- bei bereits zu Vertragsbeginn geborenen oder adoptierten Kindern die Erkrankung frühestens nach Ablauf des ersten Versicherungsjah-

res bzw.

- bei während der Vertragslaufzeit durch Geburt oder Adoption neu hinzukommenden Kindern die Erkrankung nach einer Wartezeit von einem Jahr ab Geburt bzw. Adoption eintritt.

Wir leisten jedoch im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes, wenn eine der in Absatz 5 aufgeführten Erkrankungen in Folge eines Unfalls vor Ablauf der in Satz 1 genannten Fristen eintritt. Ein Unfall liegt vor, wenn ein Kind der versicherten Person nach Vertragsschluss durch ein plötzlich von außen auf seinen Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

(3) Nicht unter den Versicherungsschutz fallen Versicherungsfälle auf Grund

- a) der vorsätzlichen Ausführung oder des Versuchs einer Straftat durch Sie als Versicherungsnehmer, die versicherte Person oder das Kind der versicherten Person.
- b) der absichtlichen Herbeiführung der Krankheit durch das Kind der versicherten Person.
- c) von Strahlen durch Kernenergie.

Wenn die Erkrankung des Kindes der versicherten Person in Folge einer Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht eintritt, werden wir leisten.

d) von Unfällen des Kindes der versicherten Person in Folge von Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen.

e) von Unfällen, die dem Kind der versicherten Person dadurch zustoßen, dass es sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeugs an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

(4) Die Leistung aus dem Kinder-Zusatz-Schutz ist unverzüglich⁺, spätestens jedoch innerhalb von sechs Monaten nach der Erstdiagnose zu beantragen (bzgl. der erforderlichen Nachweise vgl. § 4).

(5) Im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes gelten folgende Krankheiten als Erkrankungen im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen und ein Kind der versicherten Person unter Beachtung von Absatz 1 bis 4 daran erkrankt:

a) Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der 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. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen – bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen – Befundes bestätigt sein.

Das Kind der versicherten Person muss auf Grund der Krebserkrankung mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär im Krankenhaus behandelt worden sein. Reha-Kliniken gelten dabei nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.

b) Benigner Gehirntumor

Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

Das Kind der versicherten Person muss auf Grund der Tumorerkrankung mindestens 14 aufeinanderfolgende Tage lang ununterbrochen stationär im Krankenhaus behandelt worden sein. Reha-Kliniken gelten dabei nicht als Krankenhaus im Sinne dieser Bedingungen.

Cysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

c) Bakterielle Meningitis

Bakterielle Meningitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wird.

Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben, die von mindestens sechswöchiger Dauer sind und mit einer dauerhaften neurologischen Beeinträchtigung einhergehen. Eine solche Komplikation ist wesentlich, wenn sie mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

Das Kind der versicherten 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,
- 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 oder
- hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

d) Enzephalitis

Enzephalitis im Sinne dieser Bedingungen ist eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, die gewöhnlich durch Viren oder Bakterien verursacht ist.

Die Entzündung muss wesentliche Komplikationen zur Folge haben, die von mindestens sechswöchiger Dauer sind und mit einer dauerhaften neurologischen Beeinträchtigung einhergehen. Eine solche Komplikation ist wesentlich, wenn sie mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:

Das Kind der versicherten 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,
- 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 oder
- hat dauerhaft, irreversibel und nicht therapierbar die Fähigkeit verloren, über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.

e) Polio (Kinderlähmung)

Polio im Sinne dieser Bedingungen ist eine eindeutig diagnostizierte schwere Infektion durch das Poliovirus.

Die Infektion muss zu Lähmungserscheinungen führen, die sich in Form von eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten motorischen Fähigkeiten äußern. Außerdem muss die Infektion ein neurologisches Defizit verursachen, das sich in Form von dauerhaften, irreversiblen Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

f) Lähmung

Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Lähmung von zwei Armen und/ oder zwei Beinen und/ oder einer Körperhälfte als Folge einer Krankheit oder eines Unfalls.

g) Taubheit

Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel auf Grund einer Krankheit oder eines Unfalls.

Es besteht kein Anspruch auf die Sofortleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Beitragszahlung?

§ 3 Wann stunden wir Ihnen die Beiträge?

Ergänzend zu § 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

Anlassunabhängige Beitragsstundung

(1) Sie können mehrmals zur nächsten Beitragsfälligkeit ohne Angabe

von Gründen für maximal 24 Monate eine zinslose Stundung der Beiträge für Ihre Versicherung in Textform* beantragen. Der vereinbarte Versicherungsschutz ändert sich hierdurch nicht.

Voraussetzung dafür ist, dass

- die Beiträge für das erste Versicherungsjahr vollständig gezahlt wurden,
- der Vertrag keinen Beitragsrückstand aufweist (z. B. auch bereits zuvor gestundete Beiträge vollständig zurückgezahlt worden sind),
- die zu stundenden Beiträge höchstens so hoch sind wie das Deckungskapital zum Beginn des Stundungszeitraums,
- der Vertrag nicht gekündigt wurde und
- die verbleibende Vertragsdauer nach Ablauf der Stundung noch mindestens drei Jahre beträgt.

(2) Nach Ablauf der Stundung sind die gestundeten Beiträge in bis zu 24 Monatsraten nachzuzahlen.

Bei Zahlungsschwierigkeiten, die über einen längeren Zeitraum als 24 Monate andauern, wird Ihr Vertrag unter Berücksichtigung der bis zum Stundungsbeginn gezahlten Beiträge beitragsfrei (vgl. § 14 Abs. 1 bis 3 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung) gestellt.

Was gilt zusätzlich im Leistungsfall?

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

Ergänzend zu § 9 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

(1) Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit

Mit dem Antrag auf Zusatzleistung bei Pflegebedürftigkeit (vgl. § 1) sind uns unverzüglich* folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
- 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 Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit,
- eine Aufstellung der Ärzte, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen und Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder – sofern bekannt – sein wird,
- eine Aufstellung der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstiger Versorgungsträger, bei denen die versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte.

Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Unterlagen erforderlich sein, sind wir berechtigt, Auskünfte der die versicherte Person zusätzlich behandelnden Ärzte sowie sonstige notwendige Nachweise einzuholen.

(2) Kinder-Zusatz-Schutz

Mit dem Antrag auf Sofortleistung im Rahmen des Kinder-Zusatz-Schutzes (vgl. § 2) ist uns ein ausführlicher Bericht eines Facharztes – einschließlich Befunden und, falls vorhanden, Krankenhausberichten – einzureichen, aus dem hervorgeht, dass bei dem Kind der versicherten Person erstmalig eine Erkrankung im Sinne des § 2 Abs. 5 eingetreten ist. Sollten zur Prüfung unserer Leistungspflicht weitere Nachweise bzgl. des Vorliegens bzw. des Eintritts der Erkrankung des Kindes oder ggf. zum Unfallhergang erforderlich sein, sind uns diese einzureichen.

Voraussetzung für die Erbringung der Sofortleistung ist die Einreichung einer Einwilligung aller Sorgeberechtigter bzw. des betreffenden Kindes in die Übermittlung und Speicherung der Gesundheitsdaten des Kindes.

§ 5 Welche Soforthilfe erbringen wir bei Einreichung der Sterbeurkunde?

(1) Bei Einreichung der amtlichen Sterbeurkunde der versicherten Person* (vgl. § 9 Abs. 2 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-

Lebensversicherung) zahlen wir an den Todesfall-Bezugsberechtigten* eine Soforthilfe in Höhe von zehn Prozent der zum Zeitpunkt des Todesfalls vereinbarten Versicherungssumme – maximal jedoch 10.000,- EUR. Zudem können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein* vorgelegt wird.

(2) Voraussetzung hierfür ist, dass seit Abschluss des Vertrags mindestens drei Jahre vergangen sind und die Beiträge bis zum Zeitpunkt des Todesfalls in der vereinbarten Höhe gezahlt wurden.

(3) Sobald die Leistungsprüfung abgeschlossen ist und die Versicherungsleistung ausgezahlt werden kann, verrechnen wir die Soforthilfe mit der Versicherungssumme.

Sollte nach Abschluss der Leistungsprüfung ein Rücktritt bzw. eine Anfechtung gemäß § 16 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung erforderlich sein, verlangen wir die Soforthilfe nicht zurück. Gleiches gilt, wenn die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 5 bis 7 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung, die zum Wegfall unserer Leistungspflicht führen, vorliegen.

(4) Die Soforthilfe kann nur einmal in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

Welche weiteren Optionen haben Sie bei der Vertragsgestaltung?

§ 6 Was ermöglicht Ihnen die Nachversicherungsgarantie bei Versicherungen mit konstanter Versicherungssumme?

Ergänzend zu § 12 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung gilt:

Anlassunabhängige Nachversicherungsgarantie ohne erneute Gesundheitsprüfung

(1) Unabhängig vom Eintritt eines Ereignisses können Sie einmalig zum nächsten Monatsersten eine Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes in Textform* verlangen. Voraussetzung dafür ist, dass

- Sie die Erhöhung innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre beantragen,
- die versicherte Person* nicht älter als 50 Jahre ist,
- die Erhöhung mindestens 5.000,- EUR und
- maximal 100 Prozent der ursprünglich vereinbarten, in Ihrem Versicherungsschein* dokumentierten, Versicherungssumme, maximal jedoch 50.000,- EUR beträgt.

(2) Hierbei darf die insgesamt vereinbarte Versicherungssumme 500.000,- EUR nicht überschreiten.

(3) Eine Erhöhung ist nicht mehr möglich, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung bereits Leistungen wegen einer schweren Krankheit der versicherten Person im Sinne des § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung beantragt wurden. Ihr Recht auf Nachversicherung ruht, solange die Versicherung nicht beitragspflichtig ist.

(4) Die Erhöhung des Versicherungsschutzes wird mit der ausstehenden Restversicherungsdauer der ursprünglichen Versicherung nach dem für Ihren Vertrag vereinbarten Tarif abgeschlossen. Der Beitrag für den hinzukommenden Versicherungsschutz berechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter* der versicherten Person, ihrem bei uns für die Beitragskalkulation hinterlegtem Beruf, der restlichen Beitragszahlungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag (Risikozuschlag). Bereits vor dem Änderungszeitpunkt individuell vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die Nachversicherung.

(5) Die Erhöhung wird unter Beachtung der Absätze 1 bis 3 zum nächsten Monatsersten wirksam, nachdem uns Ihr Erhöhungswunsch vorliegt. Für die Zahlung des erhöhten Beitrags gelten die Regelungen der §§ 5 und 6 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung entsprechend.

§ 7 Wann erhalten Sie einen Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus?

(1) Sie erhalten bei einem Vertrag mit laufender Beitragszahlung – ohne Erhöhung Ihres Beitrags – einen zusätzlichen Versicherungsschutz in Höhe von 20 Prozent der ursprünglichen – in Ihrem Versicherungsschein⁺ dokumentierten – Versicherungssumme, wenn Sie uns den Eintritt eines der nachfolgenden, die versicherte Person⁺ betreffenden Ereignisse anzeigen:

- Kauf oder Baubeginn einer eigengenutzten Wohnimmobilie (Bau-Bonus),
- Geburt oder Adoption eines Kindes (Kinder-Bonus),
- Heirat (Hochzeits-Bonus).

Der zusätzliche Versicherungsschutz beträgt maximal jedoch 50.000,- EUR.

Ist die Versicherungssumme bereits aufgrund eines der genannten Ereignisse erhöht, erfolgt keine gleichzeitige Erhöhung bei Eintritt eines anderen Ereignisses.

(2) Der Bau- bzw. der Hochzeits-Bonus kann jeweils nur einmal in Anspruch genommen werden.

(3) Beim Kinder-Bonus wird bei Geburt oder Adoption die Versicherungssumme nur einmal erhöht, wenn zwischen den einzelnen Ereignissen nicht mehr als sechs Monate vergangen sind. Bei Mehrlingsgeburten gilt Satz 1 sinngemäß.

(4) Eine Inanspruchnahme des Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus ist zudem nicht mehr möglich, wenn zum Zeitpunkt der Beantragung bereits Leistungen wegen einer schweren Krankheit der versicherten Person im Sinne des § 1 Abs. 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Risiko-Lebensversicherung beantragt wurden.

(5) Der jeweilige Bonus wird ab dem Tag

- des Abschlusses des notariellen Kaufvertrags oder des genehmigten Bauantrags,
- der Geburt oder Adoption eines Kindes bzw.
- der standesamtlichen Trauung

für die Dauer von sechs Monaten eingeräumt. Tritt innerhalb dieses Sechs-Monats-Zeitraums ein anderes Ereignis zusätzlich ein, beginnt der Sechs-Monats-Zeitraum ab diesem Zeitpunkt von Neuem. Endet die Sechs-Monatsfrist vor Ablauf des vollen Kalendermonats, verlängert sich der zusätzliche Versicherungsschutz bis zum Ende des entsprechenden Monats.

(6) Der Anspruch auf einen Bau-, Kinder- bzw. Hochzeits-Bonus endet, wenn die versicherte Person zum Zeitpunkt des Ereignisses älter als 50 Jahre ist.

§ 8 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern?

(1) Sie haben bis drei Jahre vor Ablauf Ihrer Versicherung das Recht, eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung (Verlängerungs-Option) zu beantragen.

(2) Die maximale Verlängerung der Versicherungsdauer⁺ beträgt 15 Jahre, wobei jedoch höchstens eine Verdoppelung der ursprünglichen Versicherungsdauer erfolgen kann, die maximale Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungslaufzeit) von 45 Jahren nicht überschritten werden darf und der Vertragsabschluss spätestens innerhalb des Kalenderjahres liegen muss, in dem die versicherte Person⁺ das 75. Lebensjahr vollendet.

Die Verlängerungs-Option kann nur einmal in Anspruch genommen werden. Ist Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt, ist keine Ausübung der Verlängerungs-Option mehr möglich.

(3) Der Beitrag ab Optionsausübung berechnet sich zur darauffolgenden Fälligkeit nach dem für Ihren Vertrag gültigen Tarif, dem zu diesem Zeitpunkt erreichten rechnermäßigen Alter⁺ der versicherten Person, der verbleibenden Versicherungsdauer (inkl. Verlängerungslaufzeit) und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die neu hinzukommende Versicherungsdauer. Bereits in Anspruch genommene Leistungen werden beim Ausüben der Verlängerungs-Option entsprechend berücksichtigt und können in der neu hinzukommenden Versicherungsdauer nicht nochmals beansprucht werden.