



**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN
UND INFORMATIONEN**

**JANITOS MULTI-RENTE BEST SELECTION
FÜR KINDER UND ERWACHSENE
ÖSTERREICH**

Stand 01.04.2016

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung (Stand 01.04.2016)

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?
2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?
3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?
4. Welche Personen sind nicht versicherbar?
5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kindertarif und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?
8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?
9. Wann sind die Leistungen fällig?

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

Sie als Versicherungsnehmer sind unser Vertragspartner.

Versicherte Person können Sie oder jemand anderer sein.

Wir als Versicherer erbringen die vertraglich vereinbarten Leistungen.

Der Versicherungsumfang

1. Was ist versichert?

1.1. Wir bieten Versicherungsschutz bei Unfällen, die der versicherten Person während der Wirksamkeit des Vertrages zustoßen.

1.2. Der Versicherungsschutz umfasst Unfälle in der ganzen Welt.

1.3. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

1.4. Als Unfall gilt auch, wenn durch eine erhöhte Kraftanstrengung an Gliedmaßen oder Wirbelsäule

- ein Gelenk verrenkt wird oder
- Muskeln, Sehnen, Bänder oder Kapseln gezerrt oder zerrissen werden.

1.5. Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen. Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika in Hinblick auf den Iran erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

1.6. Auf die Regelungen über die Einschränkungen der Leistung (Ziffer 3), nicht versicherbare Personen (Ziffer 4) sowie die Ausschlüsse (Ziffer 5) weisen wir hin. Sie gelten für alle Leistungsarten.

2. Welche Leistungsarten können vereinbart werden?

Die Leistungsarten, die Sie vereinbaren können, werden im Folgenden oder in zusätzlichen Bedingungen beschrieben.

Die von Ihnen mit uns vereinbarten Leistungsarten und die Versicherungssummen ergeben sich aus dem Vertrag.

2.1. Invaliditätsleistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Die Versicherungsprämie

11. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?
13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?
15. Welches Gericht ist zuständig?
16. Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?
17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?
18. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärztelkommission)

2.1.1. Voraussetzungen für die Leistung:

2.1.1.1. Die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist unfallbedingt dauerhaft beeinträchtigt (Invalidität). Eine Beeinträchtigung ist dauerhaft, wenn sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und eine Änderung des Zustandes nicht erwartet werden kann.

Die Invalidität ist

- innerhalb eines Jahres nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von fünfzehn Monaten nach dem Unfall von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns innerhalb von 18 Monaten nach dem Unfall geltend gemacht worden.

2.1.1.2. Kein Anspruch auf Invaliditätsleistung besteht, wenn die versicherte Person unfallbedingt innerhalb eines Jahres nach dem Unfall stirbt.

2.1.2. Art und Höhe der Leistung:

2.1.2.1. Die Invaliditätsleistung zahlen wir als Kapitalbetrag.

2.1.2.2. Grundlage für die Berechnung der Leistung bilden die Versicherungssumme und der Grad der unfallbedingten Invalidität.

2.1.2.2.1. Bei Verlust oder Funktionsunfähigkeit der nachstehend genannten Körperteile und Sinnesorgane gelten ausschließlich, soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, die folgenden Invaliditätsgrade:

– Arm	70 %
– Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	65 %
– Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	60 %
– Hand	55 %
– Daumen	20 %
– Zeigefinger	10 %
– anderer Finger	5 %
– Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
– Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	60 %
– Bein bis unterhalb des Knies	50 %
– Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	45 %
– Fuß	40 %
– große Zehe	5 %
– andere Zehe	2 %
– Auge	50 %
– Gehör auf einem Ohr	30 %
– Geruchssinn	10 %
– Geschmackssinn	5 %

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

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

2.1.2.2.2. Für andere Körperteile und Sinnesorgane bemisst sich der Invaliditätsgrad danach, inwieweit die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt beeinträchtigt ist. Dabei sind ausschließlich medizinische Gesichtspunkte zu berücksichtigen.

2.1.2.2.3. Waren betroffene Körperteile oder Sinnesorgane oder deren Funktionen bereits vor dem Unfall dauernd beeinträchtigt, wird der Invaliditätsgrad um die Vorinvalidität gemindert. Diese ist nach Ziffer 2.1.2.2.1 und Ziffer 2.1.2.2.2 zu bemessen.

2.1.2.2.4. Sind mehrere Körperteile oder Sinnesorgane durch den Unfall beeinträchtigt, werden die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelten Invaliditätsgrade zusammengerechnet. Mehr als 100 % werden jedoch nicht berücksichtigt.

2.1.2.3. Stirbt die versicherte Person

- aus unfallfremder Ursache innerhalb eines Jahres nach dem Unfall oder
- gleichgültig, aus welcher Ursache, später als ein Jahr nach dem Unfall,

und war ein Anspruch auf Invaliditätsleistung entstanden, leisten wir nach dem Invaliditätsgrad, mit dem aufgrund der ärztlichen Befunde zu rechnen gewesen wäre.

2.2. Todesfalleistung

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.2.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist infolge des Unfalles innerhalb eines Jahres gestorben.

Auf die besonderen Pflichten nach Ziffer 7.5 weisen wir hin.

2.2.2. Höhe der Leistung:

Die Todesfalleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

2.3. Tagegeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.3.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist unfallbedingt

- in der Arbeitsfähigkeit beeinträchtigt und
- in ärztlicher Behandlung.

2.3.2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Tagegeld wird nach der vereinbarten Versicherungssumme berechnet. Es wird nach dem festgestellten Grad der Beeinträchtigung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung abgestuft.

Das Tagegeld wird für die Dauer der ärztlichen Behandlung, längstens für ein Jahr, vom Unfalltag an gerechnet, gezahlt.

2.4. Spitalgeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.4.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person befindet sich wegen des Unfalls in medizinisch notwendiger voll stationärer Heilbehandlung.

Kuren sowie Aufenthalte in Sanatorien und Erholungsheimen gelten nicht als medizinisch notwendige Heilbehandlung.

2.4.2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Spitalgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für jeden Kalendertag der voll stationären Behandlung gezahlt, längstens jedoch für zwei Jahre, vom Unfalltag an gerechnet.

2.5. Genesungsgeld

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

2.5.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die versicherte Person ist aus der vollstationären Behandlung entlassen worden und hatte Anspruch auf Spitalgeld nach Ziffer 2.4.

2.5.2. Höhe und Dauer der Leistung:

Das Genesungsgeld wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme für die gleiche Anzahl von Kalendertagen gezahlt, für die wir Spitalgeld leisten, längstens für 100 Tage.

2.6. Übergangsleistung

2.6.1. Voraussetzungen für die Leistung:

Die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit der versicherten Person ist im beruflichen oder außerberuflichen Bereich unfallbedingt

- nach Ablauf von sechs Monaten vom Unfalltag an gerechnet und
- ohne Mitwirkung von Krankheiten oder Gebrechen

noch um mindestens 50 % beeinträchtigt.

Diese Beeinträchtigung hat innerhalb der sechs Monate ununterbrochen bestanden.

Sie ist von Ihnen spätestens sieben Monate nach Eintritt des Unfalls unter Vorlage eines ärztlichen Attestes bei uns geltend gemacht worden.

2.6.2. Art und Höhe der Leistung:

Die Übergangsleistung wird in Höhe der vereinbarten Versicherungssumme gezahlt.

3. Welche Auswirkung haben Krankheiten oder Gebrechen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Als Unfallversicherer leisten wir für Unfallfolgen. Haben Krankheiten oder Gebrechen bei der durch ein Unfallereignis verursachten Gesundheitsschädigung oder deren Folgen mitgewirkt, mindert sich

- im Falle einer Invalidität der Prozentsatz des Invaliditätsgrades,
- im Todesfall und, soweit nichts anderes bestimmt ist, in allen anderen Fällen die Leistung

entsprechend dem Anteil der Krankheit oder des Gebrechens.

Beträgt der Mitwirkungsanteil weniger als 25 %, unterbleibt jedoch die Minderung.

4. Welche Personen sind nicht versicherbar?

4.1. Nicht versicherbar und trotz Prämienzahlung nicht versichert sind dauernd schwer oder schwerst pflegebedürftige Personen im Sinne der sozialen Pflegeversicherung.

Dies trifft zu, sobald sie in die Pflegestufe IV, V, VI oder VII nach österreichischem Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) eingestuft werden.

4.2. Der Versicherungsschutz erlischt, sobald die versicherte Person im Sinne von Ziffer 4.1 nicht mehr versicherbar ist. Gleichzeitig endet die Versicherung.

4.3. Die für nicht versicherbare Personen seit Eintritt der Versicherungsunfähigkeit entrichtete Prämie wird zurückgezahlt.

5. In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

5.1. Kein Versicherungsschutz besteht für folgende Unfälle:

5.1.1. Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, auch soweit diese auf Trunkenheit beruhen, sowie durch Schlaganfälle, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper der versicherten Person ergreifen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn diese Störungen oder Anfälle durch ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis verursacht waren.

5.1.2. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie vorsätzlich eine Straftat ausführt oder versucht.

5.1.3. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht sind.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die versicherte Person auf Reisen im Ausland überraschend von Kriegs- oder Bürgerkriegsereignissen betroffen wird.

Dieser Versicherungsschutz erlischt am Ende des siebten Tages nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges auf dem Gebiet des Staates, in dem sich die versicherte Person aufhält.

Die Erweiterung gilt nicht bei Reisen in oder durch Staaten, auf deren Gebiet bereits Krieg oder Bürgerkrieg herrscht. Sie gilt auch nicht für die aktive Teilnahme am Krieg oder Bürgerkrieg sowie für Unfälle durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA.

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

5.1.4. Unfälle der versicherten Person

- als Luftfahrzeugführer (auch Luftsportgeräteführer), soweit er nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigt, sowie als sonstiges Besatzungsmitglied eines Luftfahrzeuges;
- bei einer mit Hilfe eines Luftfahrzeuges auszuübenden beruflichen Tätigkeit oder im Hobbybereich (Paragleiten, Drachenfliegen usw.);
- bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

5.1.5. Unfälle, die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt.

5.1.6. Unfälle, bei der Teilnahme an Landes-, Bundes-, oder internationalen Wettbewerben auf dem Gebiet des Schilaufens, Schispringens, Bob-, Schibob- oder Skeletonfahrens, sowie am offiziellen Training für diese Veranstaltungen.

5.1.7. Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht sind.

5.2. Ausgeschlossen sind außerdem folgende Beeinträchtigungen:

5.2.1. Schäden an Bandscheiben sowie Blutungen aus inneren Organen und Gehirnbrutungen.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn ein unter diesen Vertrag fallendes Unfallereignis nach Ziffer 1.3 die überwiegende Ursache ist.

5.2.2. Gesundheitsschäden durch Strahlen.

5.2.3. Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn die Heilmaßnahmen oder Eingriffe, auch strahlendiagnostische und -therapeutische, durch einen unter diesen Vertrag fallenden Unfall veranlasst waren.

5.2.4. Infektionen.

5.2.4.1. Sie sind auch dann ausgeschlossen, wenn sie

- durch Insektenstiche oder Insektenbisse oder
- durch sonstige geringfügige Haut- oder Schleimhautverletzungen verursacht wurden, durch die Krankheitserreger sofort oder später in den Körper gelangten.

5.2.4.2. Versicherungsschutz besteht jedoch für

- Tollwut und Wundstarrkrampf sowie für
- Infektionen, bei denen die Krankheitserreger durch Unfallverletzungen, die nicht nach Ziffer 5.2.4.1 ausgeschlossen sind, in den Körper gelangten.

5.2.4.3. Für Infektionen, die durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe verursacht sind, gilt Ziffer 5.2.3 Satz 2 entsprechend.

5.2.5. Vergiftungen infolge Einnahme fester oder flüssiger Stoffe durch den Schlund.

5.2.6. Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, auch wenn diese durch einen Unfall verursacht wurden.

5.2.7. Bauch- oder Unterleibsbrüche.

Versicherungsschutz besteht jedoch, wenn sie durch eine unter diesen Vertrag fallende gewaltsame von außen kommende Einwirkung entstanden sind.

6. Was müssen Sie bei vereinbartem Kindertarif und bei Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung beachten?

6.1. Versicherung von Kindern

Bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das nach dem Kindertarif versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet, besteht Versicherungsschutz zu den vereinbarten Versicherungssummen. Danach gilt der zu diesem Zeitpunkt gültige Tarif für Erwachsene. Sie haben jedoch folgendes Wahlrecht:

- Sie zahlen die bisherige Prämie, und wir reduzieren die Versicherungssummen entsprechend, oder
- Sie behalten die bisherigen Versicherungssummen, und wir berechnen eine entsprechend höhere Prämie.

Über Ihr Wahlrecht werden wir Sie rechtzeitig informieren. Teilen Sie uns das Ergebnis Ihrer Wahl nicht bis spätestens zwei Monate nach Beginn des neuen Versicherungsjahres mit, setzt sich der Vertrag entsprechend der ersten Wahlmöglichkeit fort.

6.2. Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung

6.2.1. Die Höhe der Versicherungssummen bzw. der Prämie hängt maßgeblich von der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person ab. Grundlage für die Bemessung der Versicherungssummen und Prämie ist unser geltendes Berufsgruppenverzeichnis.

Eine Änderung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung der versicherten Person müssen Sie uns daher unverzüglich mitteilen. Pflichtwehrdienst, Zivildienst oder militärische Reserveübungen fallen nicht darunter.

6.2.2. Errechnen sich bei gleich bleibender Prämie nach dem zum Zeitpunkt der Änderung gültigen Tarif niedrigere Versicherungssummen, gelten diese nach Ablauf eines Monats ab der Änderung.

Errechnen sich dagegen höhere Versicherungssummen, gelten diese, sobald uns Ihre Erklärung zugeht, spätestens jedoch nach Ablauf eines Monats ab der Änderung. Die neu errechneten Versicherungssummen gelten sowohl für berufliche als auch für außerberufliche Unfälle.

6.2.3. Auf Ihren Wunsch führen wir den Vertrag auch mit den bisherigen Versicherungssummen bei erhöhter oder gesenkter Prämie weiter, sobald uns Ihre Erklärung zugeht.

Der Leistungsfall

7. Was ist nach einem Unfall zu beachten (Obliegenheiten)?

Ohne Ihre Mitwirkung und die der versicherten Person können wir unsere Leistung nicht erbringen.

7.1. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, müssen Sie oder die versicherte Person unverzüglich einen Arzt hinzuziehen, seine Anordnungen befolgen und uns unterrichten.

7.2. Die von uns übersandte Unfallanzeige müssen Sie oder die versicherte Person wahrheitsgemäß ausfüllen und uns unverzüglich zurücksenden; von uns darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.

7.3. Werden Ärzte von uns beauftragt, muss sich die versicherte Person auch von diesen untersuchen lassen. Die notwendigen Kosten einschließlich eines dadurch entstandenen Verdienstauffalles tragen wir.

7.4. Die Ärzte, die die versicherte Person – auch aus anderen Anlässen – behandelt oder untersucht haben, andere Versicherer, Versicherungsträger und Behörden sind zu ermächtigen, alle erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

7.5. Hat der Unfall den Tod zur Folge, ist uns dies innerhalb von 48 Stunden zu melden, auch wenn uns der Unfall schon angezeigt war.

Uns ist das Recht zu verschaffen, gegebenenfalls eine Obduktion durch einen von uns beauftragten Arzt vornehmen zu lassen.

8. Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, gilt:

Wird eine Obliegenheit nach Ziffer 7 vorsätzlich verletzt, verlieren Sie Ihren Versicherungsschutz. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere Ihres Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass Sie die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Das gilt nicht, wenn Sie die Obliegenheit arglistig verletzt haben.

Diese Bestimmungen gelten unabhängig davon, ob wir ein uns zustehendes Kündigungsrecht wegen der Verletzung einer vorvertraglichen Anzeigepflicht ausüben.

9. Wann sind die Leistungen fällig?

9.1. Wir sind verpflichtet, innerhalb eines Monats – beim Invaliditätsanspruch innerhalb von drei Monaten – in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir einen Anspruch anerkennen. Die Fristen beginnen mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallhergangs und der Unfallfolgen,

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

- beim Invaliditätsanspruch zusätzlich der Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität notwendig ist.

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernehmen wir.

9.2. Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

9.3. Steht die Leistungspflicht zunächst nur dem Grunde nach fest, zahlen wir – auf Ihren Wunsch – angemessene Vorschüsse.

Vor Abschluss des Heilverfahrens kann eine Invaliditätsleistung innerhalb eines Jahres nach dem Unfall nur bis zur Höhe einer vereinbarten Todesfallsumme beansprucht werden.

9.4. Sie und wir sind berechtigt, den Grad der Invalidität jährlich, längstens bis zu drei Jahren nach dem Unfall, erneut ärztlich bemessen zu lassen. Bei Kindern bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres verlängert sich diese Frist von drei auf fünf Jahre. Dieses Recht muss

- von uns zusammen mit unserer Erklärung über unsere Leistungspflicht nach Ziffer 9.1,
- von Ihnen spätestens drei Monate vor Ablauf der Frist ausgeübt werden.

Ergibt die endgültige Bemessung eine höhere Invaliditätsleistung, als wir bereits erbracht haben, ist der Mehrbetrag mit 5 % jährlich zu verzinsen.

9.5. Zur Prüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug sind wir berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wird die Bescheinigung nicht unverzüglich übersandt, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

Die Versicherungsdauer

10. Wann beginnt und wann endet der Vertrag? Wann ruht der Versicherungsschutz bei militärischen Einsätzen?

10.1. Beginn des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn Sie die erste oder einmalige Prämie unverzüglich nach Fälligkeit im Sinne von Ziffer 11.2 zahlen.

10.2. Dauer und Ende des Vertrages

Der Vertrag ist für die im Versicherungsschein angegebene Zeit abgeschlossen.

Bei einer Vertragsdauer von mindestens einem Jahr verlängert sich der Vertrag um jeweils ein Jahr, wenn nicht Ihnen oder uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres eine Kündigung zugegangen ist.

Bei einer Vertragsdauer von weniger als einem Jahr endet der Vertrag, ohne dass es einer Kündigung bedarf, zum vorgesehenen Zeitpunkt.

Bei einer Vertragsdauer von mehr als drei Jahren kann der Vertrag schon zum Ablauf des dritten Jahres oder jedes darauf folgenden Jahres gekündigt werden; die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres zugegangen sein.

Die Kündigung kann auf einzelne versicherte Personen oder einzelne Leistungsarten beschränkt werden.

10.3. Kündigung nach Versicherungsfall

Den Vertrag können Sie oder wir durch Kündigung beenden, wenn wir eine Leistung erbracht oder Sie gegen uns Klage auf eine Leistung erhoben haben. Die Kündigung kann auf die betroffene versicherte Person oder die betroffene Leistungsart beschränkt werden.

Die Kündigung muss Ihnen oder uns spätestens einen Monat nach Leistung oder – im Falle eines Rechtsstreits – nach Klagerücknahme, Anerkenntnis, Vergleich oder Rechtskraft des Urteils in Textform zugegangen sein.

Kündigen Sie, wird Ihre Kündigung sofort nach ihrem Zugang bei uns wirksam. Sie können jedoch bestimmen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt, spätestens jedoch zum Ende der laufenden Versicherungsperiode, wirksam wird.

Eine Kündigung durch uns wird einen Monat nach ihrem Zugang bei Ihnen wirksam.

10.4. Ruhen des Versicherungsschutzes bei militärischen Einsätzen

Der Versicherungsschutz tritt für die versicherte Person außer Kraft, sobald sie Dienst in einer militärischen oder ähnlichen Formation leistet, die an einem Krieg oder kriegsmäßigen Einsatz zwischen den Ländern China, Deutschland, Österreich, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA beteiligt ist. Der Versicherungsschutz lebt wieder auf, sobald uns Ihre Anzeige über die Beendigung des Dienstes zugegangen ist.

Die Versicherungsprämie

11. Was müssen Sie bei der Prämienzahlung beachten? Was geschieht, wenn Sie eine Prämie nicht rechtzeitig zahlen?

11.1. Prämie und Versicherungssteuer

Die in Rechnung gestellte Prämie enthält die Versicherungssteuer, die Sie in der jeweils vom Gesetz bestimmten Höhe zu entrichten haben.

11.2. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung der ersten oder einmaligen Prämie

11.2.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die erste oder einmalige Prämie wird unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheins fällig.

Ist Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, gilt als erste Prämie nur die erste Rate der ersten Jahresprämie.

11.2.2. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, sondern zu einem späteren Zeitpunkt, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt, sofern Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht wurden. Das gilt nicht, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.2.2.1. Rücktritt

Zahlen Sie die erste oder einmalige Prämie nicht rechtzeitig, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Prämie nicht gezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

11.3. Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung der Folgeprämie

11.3.1. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgeprämien werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig

11.3.2. Verzug

Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, geraten Sie ohne Mahnung in Verzug, es sei denn, dass Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wir werden Sie auf Ihre Kosten in Textform zur Zahlung auffordern und Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen setzen. Diese Fristsetzung ist nur wirksam, wenn wir darin die rückständigen Beträge der Prämie sowie die Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die nach den Ziffern 11.3.3 und Ziffer 11.3.4 mit dem Fristablauf verbunden sind.

Wir sind berechtigt, Ersatz des uns durch den Verzug entstandenen Schadens zu verlangen.

11.3.3. Kein Versicherungsschutz

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, besteht ab diesem Zeitpunkt bis zur Zahlung kein Versicherungsschutz, wenn Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen wurden.

11.3.4. Kündigung

Sind Sie nach Ablauf dieser Zahlungsfrist noch mit der Zahlung in Verzug, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn wir Sie mit der Zahlungsaufforderung nach Ziffer 11.3.2 Absatz 2 darauf hingewiesen haben.

Haben wir gekündigt, und zahlen Sie danach innerhalb eines Monats die angemahnte Prämie, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Zugang der Kündigung und der Zahlung eingetreten sind, besteht jedoch kein Versicherungsschutz.

11.4. Rechtzeitigkeit der Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Ist die Einziehung der Prämie von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn die Prämie zu dem im Versicherungsschein

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen.

Konnte die fällige Prämie ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer in Textform abgegebenen Zahlungsaufforderung erfolgt.

Kann die fällige Prämie nicht eingezogen werden, weil Sie das SEPA-Lastschriftmandat widerrufen haben, oder haben Sie aus anderen Gründen zu vertreten, dass die Prämie wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen. Sie sind zur Übermittlung der Prämie erst verpflichtet, wenn Sie von uns hierzu in Textform aufgefordert worden sind.

11.5. Teilzahlung und Folgen bei verspäteter Zahlung

Ist die Zahlung der Jahresprämie in Raten vereinbart, sind die noch ausstehenden Raten sofort fällig, wenn Sie mit der Zahlung einer Rate in Verzug sind.

Ferner können wir für die Zukunft eine jährliche Prämienzahlung verlangen.

11.6. Prämie bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrages haben wir, soweit nicht etwas anderes bestimmt ist, nur Anspruch auf den Teil der Prämie, die dem Zeitraum entspricht, in dem Versicherungsschutz bestanden hat.

11.7. Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten,
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde,

gilt Folgendes:

11.7.1. Die Versicherung wird mit den zu diesem Zeitpunkt geltenden Versicherungssummen bis zum Ablauf des Versicherungsjahres prämienfrei weitergeführt, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

11.7.2. Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

Weitere Bestimmungen

12. Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

12.1. Ist die Versicherung gegen Unfälle abgeschlossen, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung), steht die Ausübung der Rechte aus dem Vertrag nicht der versicherten Person, sondern Ihnen zu. Sie sind neben der versicherten Person für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

12.2. Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

12.3. Die Versicherungsansprüche können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

13. Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

13.1. Vollständigkeit und Richtigkeit von Angaben über gefahrerhebliche Umstände

Sie haben uns bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung alle Ihnen bekannten Gefahrumstände in Textform anzuzeigen, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben und die für unseren Entschluss erheblich sind, den Vertrag mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen. Sie sind auch insoweit zur Anzeige verpflichtet, als wir nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor unserer Vertragsannahme Fragen im Sinne des Satzes 1 in Textform stellen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die geeignet sind, auf unseren Entschluss Einfluss auszuüben, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt abzuschließen.

Soll eine andere Person versichert werden, ist diese neben Ihnen für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige der gefahrerheblichen Umstände und die Beantwortung der an sie gestellten Fragen verantwortlich.

Wird der Vertrag von Ihrem Vertreter geschlossen und kennt dieser den gefahrerheblichen Umstand, müssen Sie sich so behandeln lassen, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder dies arglistig verschwiegen.

13.2. Rücktritt

13.2.1. Voraussetzungen und Ausübung des Rücktritts

Unvollständige und unrichtige Angaben zu den gefahrerheblichen Umständen berechtigen uns, vom Versicherungsvertrag zurückzutreten. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen unser Rücktrittsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die unser Rücktrittsrecht begründet, Kenntnis erlangen.

Der Rücktritt erfolgt durch Erklärung Ihnen gegenüber.

13.2.2. Ausschluss des Rücktrittsrechts

Wir können uns auf unser Rücktrittsrecht nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Wir haben kein Rücktrittsrecht, wenn Sie nachweisen, dass Sie oder Ihr Vertreter die unrichtigen oder unvollständigen Angaben weder vorsätzlich noch grob fahrlässig gemacht haben.

Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht besteht nicht, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.2.3. Folgen des Rücktritts

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz.

Treten wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurück, dürfen wir den Versicherungsschutz nicht versagen, wenn Sie nachweisen, dass der unvollständig oder unrichtig angezeigte Umstand weder für den Eintritt des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war. Auch in diesem Fall besteht aber kein Versicherungsschutz, wenn Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt haben.

Uns steht der Teil der Prämie zu, der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

13.3. Kündigung oder rückwirkende Vertragsanpassung

13.3.1. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil Ihre Verletzung einer Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruht, können wir den Versicherungsvertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat in Schriftform kündigen. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung Ihrer Anzeigepflicht Kenntnis erlangt haben.

Wir können uns auf unser Kündigungsrecht wegen Anzeigepflichtverletzung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Das Kündigungsrecht ist auch ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

13.3.2. 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. Haben Sie die Pflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

Wir müssen die Vertragsanpassung innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Dabei haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der Monatsfrist dürfen wir auch nachträglich weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, mit dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die uns zur Vertragsanpassung berechtigt, Kenntnis erlangen.

Allgemeine Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung

Wir können uns auf eine Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir die Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos in Textform kündigen.

13.4. Anfechtung

Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil der Prämie zu, der der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

14. Wann verjähren die Ansprüche aus dem Vertrag?

14.1. Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

14.2. Ist ein Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung von der Anmeldung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen unsere Entscheidung in Textform zugeht.

15. Welches Gericht ist zuständig?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder dem unserer für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung. Örtlich zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie müssen bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist.

16. Welches Recht gilt für den Versicherungsvertrag?

Für den Versicherungsvertrag gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland. Zwingende österreichische Verbraucherschutzvorschriften sind zu Ihren Gunsten auch für diesen Vertrag gültig.

17. Was ist bei Mitteilungen an uns zu beachten?

Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

17.1. Alle für uns bestimmten Anzeigen und Erklärungen müssen Sie in Textform abgeben. Sie sollen an unsere Hauptverwaltung oder an die im Versicherungsschein oder in dessen Nachträgen als zuständige bezeichnete Geschäftsstelle gerichtet werden.

17.2. Haben Sie uns eine Änderung Ihrer Anschrift nicht mitgeteilt, genügt für eine Willenserklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist, die Absendung eines eingeschriebenen Briefes an die letzte uns bekannte Anschrift. Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung des Briefes als zugegangen. Dies gilt entsprechend für den Fall einer Änderung Ihres Namens.

18. Verfahren bei Meinungsverschiedenheiten (Ärzt Kommission)

18.1. Im Fall von Meinungsverschiedenheiten über Art und Umfang der Unfallfolgen oder darüber, in welchem Umfang die eingetretene Beeinträchtigung auf den Versicherungsfall zurückzuführen ist, ferner über die Beeinflussung der Unfallfolgen durch Krankheit oder Gebrechen sowie im Fall der Ziffer 9.4 der Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung entscheidet die Ärztekommision.

18.2. In nach Ziffer 18.1 der Ärztekommision zur Entscheidung vorbehaltenen Meinungsverschiedenheiten können Sie innerhalb von 6 Monaten nach Zugang der Erklärung von uns gemäß Ziffer 9.1 der Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung unter Bekanntgabe Ihrer Forderungen Widerspruch erheben und die Entscheidung der Ärztekommision beantragen.

18.3. Das Recht, die Entscheidung der Ärztekommision zu beantragen, steht auch uns zu.

18.4. Für die Ärztekommision bestimmen Sie und wir je einen in der österreichischen Ärzteliste eingetragenen Arzt. Wenn ein Vertragsteil innerhalb zweier Wochen nach schriftlicher Aufforderung keinen Arzt benennt, wird dieser von der für den Wohnsitz der versicherten Person

zuständigen Ärztekammer bestellt. Die beiden Ärzte bestellen einvernehmlich vor Beginn ihrer Tätigkeit einen weiteren Arzt als Obmann, für den Fall, dass sie sich nicht oder nur zum Teil einigen sollten, im Rahmen der durch die Gutachten der beiden Ärzte gegebenen Grenzen entscheidet.

Einigen sich die beiden Ärzte über die Person des Obmannes nicht, wird ein für den Versicherungsfall zuständiger medizinischer Sachverständiger durch die für den Wohnsitz der versicherten Person zuständige Ärztekammer als Obmann bestellt.

18.5. Die versicherte Person ist verpflichtet, sich von den Ärzten der Kommission untersuchen zu lassen und sich jenen Maßnahmen zu unterziehen, die diese Kommission für notwendig hält.

18.6. Die Ärztekommision hat über ihre Tätigkeit ein Protokoll zu führen; in diesem ist die Entscheidung schriftlich zu begründen. Bei Nichteinhaltung hat jeder Arzt seine Auffassung im Protokoll gesondert niederzulegen. Ist eine Entscheidung durch den Obmann erforderlich, legt auch er sie mit Begründung in einem Protokoll nieder. Die Akten des Verfahrens werden von uns verwahrt.

18.7. Die Kosten der Ärztekommision werden von ihr festgesetzt und sind im Verhältnis des Obsiegens von Ihnen und uns zu tragen. Im Fall der Ziffer 9.4 der Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung trägt die Kosten, wer die Neufeststellung verlangt hat.

Der Anteil der Kosten, den Sie zu tragen haben, ist auf 10 % der versicherten Jahresrente, höchstens jedoch auf 50 % des strittigen Betrages, begrenzt.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder (Stand 01.04.2016)

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)
 2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
 3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
 4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)
 5. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente)
 6. Kapitalsofortleistung
- ### C. Weitere Bestimmungen
1. Erweiterung des Versicherungsschutzes
 2. Nicht versicherbare Berufe
 3. Ende des Vertrages
 4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung
 5. Ausschlüsse
 6. Wartezeit

Die Allgemeinen Bedingungen informieren Sie über die gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertragsverhältnis für die Multi-Rente für Kinder.

Sofern keine abweichenden Regelungen in den Zusatzbedingungen getroffen sind, werden die Allgemeinen Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung (AUB) zugrunde gelegt.

Beim Erreichen des 18. Lebensjahres wird die Multi-Rente für Kinder grundsätzlich auf die Multi-Rente für Erwachsene umgestellt. Der Inhalt und die Voraussetzungen dieser Umstellung sind unter E. genauer aufgeführt.

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

Die Janitos Multi-Rente unterscheidet fünf Leistungsarten:

- dauerhafte Invalidität von mindestens 50 % nach einem Unfall (B. Ziffer 1)
- definierte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner und bestimmter Krankheiten oder als Folge eines Unfalls (B. Ziffer 2),
- Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (B. Ziffer 3),
- Eintritt von Pflegebedürftigkeit (B. Ziffer 4) und
- Feststellung einer schweren Erkrankung (B. Ziffer 5)

Darüber hinaus besteht die Möglichkeit, eine Kapitalsofortleistung bei schweren Operationen (B. Ziffer 6.1) und eine Kapitalsofortleistung beim Leistungsfall (B. Ziffer 6.2) zusammen gegen eine zusätzliche Prämie mit zu versichern.

Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Rentenzahldauer gezahlt, wobei für Krebs spezielle Regelungen zur Dauer der Leistung nach B. Ziffer 5.3.9 zu beachten sind.

Die Kapitalsofortleistung wird einerseits 7 Tage nach Durchführung der versicherten schweren Operation oder andererseits zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs auf die monatliche Rente fällig. Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet gleichzeitig die Pflicht zur Prämienzahlung. Damit endet auch der Versicherungsschutz der eventuell versicherten Kapitalsofortleistungen aus B. Ziffer 6.

Innerhalb der ersten 5 Jahre nach Eintritt des Leistungsfalles haben wir jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vornehmen zu lassen (Reaktivierungsfrist). Bei Krebs redu-

7. Prämienanpassungsklausel

8. Bedingungsanpassungsklausel

9. Innovationsupdate

10. Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

11. Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

12. Altersstufenlogik

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung

2. Höhe der Leistung

3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

5. Folgen bei Verletzung von Pflichten

6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)

7. Arbeitslosigkeit

8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

E. Rechtsfolgen der Umstellung zum Zeitpunkt der Vollendung des 18. Lebensjahres (Volljährigkeitsklausel)

ziert sich die Reaktivierungsfrist auf die maximale Leistungsdauer, sofern diese kürzer als 5 Jahre ist.

Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt. Die Einstellung der Rentenzahlung erfolgt zum Ende des Monats, in welchem sie der Versicherer hierüber schriftlich informiert hat. Sie haben dann das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe und Umfang der zuletzt bezogenen Rentenleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder zu aktivieren.

Gleichzeitig treten die Pflicht zur Prämienzahlung zu den dem Vertrag zugrunde liegenden Tarifprämien und die eventuelle Versicherungsschutzerweiterung aufgrund der Zusatzbausteine aus B. Ziffer 6 wieder in Kraft.

Sofern länger als 5 Jahre ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, wandelt sich – außer bei Krebs – der befristete Rentenanspruch in einen dauerhaften Rentenanspruch um und wir zahlen Ihre Rente lebenslang. Bei Krebs erfolgt die Leistung gemäß B. Ziffer 5.3.9.2 für einen befristeten Zeitraum. Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

1.1. Beschreibung

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

1.2. Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt.

1.2.1. Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

- | | |
|--|------|
| – Arm | 70 % |
| – Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks | 70 % |
| – Arm unterhalb des Ellenbogengelenks | 70 % |

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

- Hand	60 %
- Daumen	25 %
- Zeigefinger	15 %
- anderer Finger	10 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
- Bein bis unterhalb des Knies	60 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
- Fuß	50 %
- große Zehe	8 %
- andere Zehe	5 %
- Auge	60 %
- Gehör auf einem Ohr	40 %
- Geruchssinn	15 %
- Geschmackssinn	15 %
- Stimme	100 %

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

1.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad <50 % ist. (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

1.4. Fristverlängerung bei Invaliditätsansprüchen

In Abänderung von Ziffer 2.1.1.1 AUB muss die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 12 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

1.5. Berufliches Flugrisiko

Mit Ausnahme von beruflichen Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie den in C. Ziffer 2 ausgeschlossenen beruflichen Tätigkeiten als Testpilot und Flugversuchspilot sind in abweichend von Ziffer 5.1.4 AUB alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert.

2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im folgenden unter Ziffer 2.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

2.3.1. Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 % oder mehr aufgehoben ist.

Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.

2.3.2. Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

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

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % der altersentsprechenden Norm oder
- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % der altersentsprechenden Norm oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) IV (bis zur Vollendung des 8. Lebensjahres in der modifizierten Form für Kinder).

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

2.3.3. Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Erkrankung der Nieren, die z. B. aufgrund von Immunerkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden ist und bei der die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Leistungsfähigkeit der Nieren muss auf Dauer und irreversibel so reduziert sein, dass die Werte

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

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.4. Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung (z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündung und Verletzung), die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert und bei der die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm und ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt. Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

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

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsfähigkeit.

Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.5. Lebererkrankungen

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

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

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

2.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2. Voraussetzung der Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktzahl von mindestens 100 Punkten führt. Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die versicherte Person diese Grundfähigkeit bereits einmal besessen und sie nunmehr verloren hat. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein. Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

3.3. Bewertungsmaßstab

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

Die Punktzahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesen Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

3.3.1. Grundfähigkeiten der Kategorie A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Sich Orientieren

Der vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

3.3.1.1. Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

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

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

3.3.1.2. Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen.

Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.3.1.3. Verlust des Hörvermögens (Taubheit)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person basierend auf folgender Definition auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

3.3.1.4. Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die betreffende Person:

- nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.

3.3.2. Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

3.3.2.1. Obere Extremitäten

Handfunktionen

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

oder

ist nicht mehr in der Lage einen Schlüssel in ein Buntbarschloss einzuführen und das Buntbarschloss zu öffnen

oder

kann kleine Teile wie z. B. einen Bleistift nicht mehr vom Boden aufheben

oder

ist nicht mehr in der Lage weder mit der rechten noch mit der linken Hand einen Faustschluss zu vollziehen und dabei ein Gewicht von 250 g halten

34 Punkte

Heben und Tragen

Für Kinder ab dem vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm, einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

Für Kinder ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm, einen 1 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

Für Kinder ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm, einen 0,5 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

34 Punkte

Arme bewegen

Es ist der versicherten Person nicht mehr möglich, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff) und beide Hände gleichzeitig am Rücken zusammenzuführen (Schürzengriff)

34 Punkte

oder

ist nicht mehr in der Lage beide Arme gleichzeitig seitwärts zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten, beide Arme gleichzeitig nach vorne zu bewegen und abgespreizt auf Schulterhöhe zu halten und beide Arme ein und auswärts drehen

34 Punkte

3.3.2.2. Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen (für Kinder ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr gilt eine Treppe mit

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

6 Stufen) nicht mehr hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten:

- Treppe hinauf gehen 17 Punkte
- Treppe hinunter gehen 17 Punkte

Nicht gehen können

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m (für Kinder ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr gilt eine Entfernung von 100 m) über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.

Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 15 Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 34 Punkte
Stehen

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten mehr stehen, ohne sich abzustützen oder hinzuknien oder zu setzen. Verordnete Hilfsmittel müssen benützt werden. 34 Punkte
Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. 34 Punkte

3.3.2.3. Wirbelsäule und Becken

Sitzen und Erheben

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten (für Kinder ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr gilt eine Dauer von 15 Minuten) auf einem Stuhl ohne Armlehnen (altersangepasste Sitzhöhe) aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren 34 Punkte

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). 34 Punkte

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

Beugen

Für Kinder ab dem vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen. 34 Punkte

Für Kinder ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 1 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen. 34 Punkte

Für Kinder ab dem vollendeten 1. bis zum vollendeten 4. Lebensjahr gilt:

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 0,5 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 0,5 m hohen Tisch abzusetzen. 34 Punkte

3.3.2.4. Mobilität

Auto/Kraftrad fahren

Der versicherten Person kann ab Alter 17 die Fahrberechtigung für PKW oder ab Alter 16 die Fahrberechtigung für ein Kraftrad aus medizinischen Gründen nicht erteilt werden. Sofern ein Führerschein auf sie ausgestellt war, muss dieser nachweislich aus medizinischen Gründen von der versicherten Person zurückgegeben oder ihr entzogen worden sein. 34 Punkte

3.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

3.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung ständig, das heißt zumindest mehrmals wöchentlich, Betreuung und Hilfe, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, benötigt.

Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu diesen Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.

Unter Hilfe sind aufschiebbarer Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn.

Der Zeitaufwand, den die andere Person für diese Betreuung und Hilfe benötigt, muss durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich betragen.

Weiterhin besteht eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen, wenn die versicherte Person auf Grund einer Querschnittlähmung, einer beidseitigen Beinamputation, einer genetischen Muskeldystrophie, einer Encephalitis disseminata oder einer infantilen Cerebralparese zur eigenständigen Lebensführung überwiegend auf den selbständigen Gebrauch eines Rollstuhles oder eines technisch adaptierten Rollstuhles angewiesen ist und zusätzlich an einer Stuhl- oder Harninkontinenz bzw. einer Blasen- oder Mastdarmlähmung leidet.

oder

- blind ist. Als blind gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit einem Visus von kleiner oder gleich 0,05 (3/60) ohne Gesichtsfeldeinschränkung hat oder
- 0,1 (6/60) in Verbindung mit einer Quadrantenanopsie hat oder
- 0,3 (6/20) in Verbindung mit einer Hemianopsie hat oder
- 1,0 (6/6) in Verbindung mit einer röhrenförmigen Gesichtsfeldeinschränkung hat.

oder

- taubblind ist. Als taubblind gelten Blinde, deren Hörvermögen so hochgradig eingeschränkt ist, dass eine verbale und akustische Kommunikation mit der Umwelt nicht möglich ist.

Wichtiger Hinweis: Die vorstehenden Definitionen für die Pflegebedürftigkeit entsprechen denen der Pflegestufe IV bzw. höher gemäß § 4 bzw. § 4a Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) bzw. der entsprechenden Regelungen der Landespflegegesetze. Dies bedeutet, dass – solange keine Gesetzesänderungen stattgefunden haben – ein Leistungsfall vorliegt, wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit gemäß der vorstehenden gesetzlichen Regelungen eine Einstufung in die Pflegestufe IV oder eine höhere Pflegestufe nach dem Bundespflegegeldgesetz erhält. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung für unser Leistungsversprechen im Rahmen dieser Bedingungen führen.

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ärztliche Gutachten. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend.

Ziffer 4.1 und 4.2 AUB finden keine Anwendung, sofern die Beeinträchtigungen während der Vertragslaufzeit eintreten.

4.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht. (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegebedürftigkeit nach dieser Frist entfallen ist.)

Der Wegfall der Pflegebedürftigkeit ist uns innerhalb eines Monats zu melden.

4.4. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet

5. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung

5.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen.

5.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB gilt als Leistungsfall der Eintritt einer im Folgenden unter Ziffer 5.3 definierten Erkrankung. Die Leistungsvoraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

5.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit für die genannten Erkrankungen entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

5.3.1. HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit

Eine HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit – der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nach Versicherungsbeginn

- durch eine Verletzung oder
- durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten

während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde und alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
- Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- Die versicherte Person muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
- Innerhalb von 12 Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
- Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.

Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

- Ärzte/-innen (Allgemeinärzte/-innen, Fachärzte/-innen etc.)
- Zahnärzte/-innen
- Krankenschwestern/-pfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Altenpfleger/-innen
- Krankenhaushilfspersonal
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelfer/-innen
- Zahnarzthelfer/-innen
- Hebammen

- Sanitäter
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute
- Polizisten/-innen
- Gefängnispersonal
- Zahntechniker/-innen

HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

5.3.2. HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion

Eine HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion – im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht und alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

a) Dem Versicherer wird ein

- Schuldanerkenntnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte, oder
- rechtskräftiges Urteil, gegen das keine Berufung eingelegt werden kann, vorgelegt, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion der versicherten Person im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde.

b) Die versicherte Person leidet nicht an Hämophilie.

- c) Der Versicherer muss freien Zugang zu allen Blutproben der versicherten Person haben sowie die Möglichkeit erhalten, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen.

HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

5.3.3. Fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimer'sche Krankheit)

Alzheimer'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist und die bei dem Versicherten zu einer schweren Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne dieser Bedingungen führt.

Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist eine organische, mentale Erkrankung, die durch einen allgemeinen Verlust der intellektuellen Fähigkeiten einschließlich der Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, der Fähigkeit zum abstrakten Denken sowie Änderungen in der Persönlichkeit gekennzeichnet ist und die bei dem Versicherten zu einer schweren Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne dieser Bedingungen führt.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die mentalen Fähigkeiten des Versicherten haben sich infolge von fortgeschrittener Demenz oder der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert.
- Die versicherte Person bedarf der Beaufsichtigung, um Gefährdungen zu verhüten.
- Im Rahmen von anerkannten Standardtestverfahren erfolgt die Diagnose „Schwere Einschränkung der Alltagskompetenz“.
- Die diagnostizierte Einschränkung wird voraussichtlich dauerhaft bestehen.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z. B. Depressionen beeinträchtigt sind.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person,

- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
- gefährdende Situationen erkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtests müssen von ärztlichen Gutachtern für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

5.3.4. Creutzfeld-Jakob-Syndrom

Creutzfeld-Jakob-Syndrom im Sinne dieser Bedingungen ist die seltene, gewöhnlich tödlich verlaufende spongiose Enzephalopathie gleichen Namens, welche mit Symptomen einer zerebralen Dysfunktion, schwerer fortschreitender Demenz, unkontrollierten Muskelspasmen, Tremor und Athetose einhergeht und alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Die eindeutige Diagnose wurde durch einen Neurologen bestätigt und kann in Zweifelsfällen durch einen vom Versicherer bestimmten Facharzt überprüft werden.
- Spongiose Enzephalitiden anderer Genese als andere mögliche Ursachen für die Symptome wurden bei der Erstellung der Diagnose explizit ausgeschlossen.

5.3.5. Schwere Motoneuronenerkrankung

Die Motoneuronenerkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist charakterisiert durch die fortschreitende Degeneration der Vorderhornzellen oder der bulbären Neuronen und umfasst spinale muskuläre Atrophien, progressive Lähmungen der Hirnnerven, amyotrophe Lateralsklerose und primäre Nervendegeneration. Sie liegt nur vor, wenn die Erkrankung sich in neurologischen Defiziten manifestiert, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:

- a) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehilfe) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- b) 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.

5.3.6. Polio (Kinderlähmung)

Polio im Sinne dieser Bedingungen ist eine eindeutig diagnostizierte schwere Infektion durch das Poliovirus, die alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

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

5.3.7. Organtransplantationen

Eine Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein) oder Niere von einem Spender auf einen Empfänger, welcher die versicherte Person ist.

5.3.8. Schwere Verbrennungen

Als schwere Verbrennungen gelten Verbrennungen ab II Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche. Voraussetzungen für die Leistung sind der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest.

5.3.9. Krebs

5.3.9.1. Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn histologisch nachgewiesen ist, dass ein bösartiger Tumor vorliegt, wenn es also zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt, und dabei mindestens der Schweregrad Stadium II nach den nachfolgenden Klassifizierungen erreicht wird.

5.3.9.1.1. Krebserkrankungen werden entsprechend der „TNM classifications of malignant tumours, seventh edition“ der Internationalen Vereinigung gegen Krebs (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert. Wir leisten ab Stadium II.

5.3.9.1.2. Lymphknoten- und Blutkrebserkrankungen, also alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin, werden nach der folgenden Klassifikation eingeteilt:

5.3.9.1.3. Stadium I (hier gibt es keine Leistung): Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells;

5.3.9.1.4. Stadium II: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells;

5.3.9.1.5. Stadium III: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells;

5.3.9.1.6. Stadium IV: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

5.3.9.1.7. Wir leisten ab Stadium II.

5.3.9.1.8. Als Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Tumoren des Gehirns, die entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) in vier Schweregrade (I bis IV) eingeteilt sind und mindestens den Grad II erreichen.

5.3.9.1.9. Keine Krebserkrankungen im Sinne dieser Bedingungen und damit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Alle Carcinoma in situ
- Gebärmutterhalsdysplasien
- Sowie alle Stadien/Grade I.

5.3.9.2. Für Krebs beträgt die maximale Leistungsdauer

- bei Stadium/Grad II: 18 Monate
- bei Stadium/Grad III: 36 Monate
- bei Stadium/Grad IV: 60 Monate

5.3.9.3. Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach Reaktivierung des Leistungsfalles vor Ablauf der maximalen Leistungsdauer erneut auf (Rezidiv, bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleich Ort oder im gleichen Organ), werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet. (Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer für die wiederaufgetretene Krebserkrankung geleistet. Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer gezahlt worden ist.)

5.3.9.4. Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf (z. B. von III auf IV), erhöht sich die gesamte maximale Leistungsdauer auf diejenige des neuen Stadiums/Grades. Bereits gezahlte Renten werden bei der Neubemessung der maximalen Leistungsdauer angerechnet. (Es wird also nicht die neue maximale Leistungsdauer zu den bereits erhaltenen Leistungen hinzuaddiert, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der (neuen) Leistungsdauer für das verschlechterte Stadium/den verschlechterten Grad geleistet.)

5.3.9.5. Eine Krebserkrankung, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung), gilt nicht als neuer Leistungsfall nach Ziffer 5.3.9.1).

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- eine der unter Ziffer 5.3.9.2 genannten Fristen abläuft,
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Die Frist zur Neubemessung beträgt maximal die jeweilige Leistungsdauer nach Ziffer 5.3.9.2.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

5.3.10. Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Ein Rentenanspruch liegt vor, sofern nachweislich durch ein sich während der Vertragslaufzeit ereignendes Unfallereignis, durch eine Infektion oder durch einen Impfschaden ein Intelligenzdefekt neu entstanden ist und durch diesen Intelligenzdefekt der gemessene Intelligenzquotient die altersentsprechende Norm um mehr als 35 % unterschreitet.

5.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird (außer bei Krebs) bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem:

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 5 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

5.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

6. Kapitalsfortleistung

6.1. Versicherungsschutz im Rahmen der Kapitalsfortleistung besteht, sofern diese im Versicherungsschein aufgeführt ist.

6.2. bei schweren Operationen

Eine versicherte schwere Operation liegt vor, wenn es sich um einen der folgenden Eingriffe handelt:

- Eingriff am Herzen unter Eröffnung des Brustkorbes
- Eingriff an den Lungen mit Eröffnung Brustkorb
- Einsatz einer Herz-Lungen Maschine
- Lebereingriff mit Eröffnung Bauchhöhle
- Eingriff an den Nieren
- Eingriff am Gehirn mit Eröffnung des Schädels

sowie gleichzeitig

1. eine Vollnarkose notwendig war

2. eine Behandlungsdauer von mehr als 7 Tagen im Krankenhaus erfolgte

Nicht versichert sind Punktionen, Katheterbehandlungen oder endoskopische Behandlungen.

Folgen auf eine die Kapitalsfortleistung auslösende schwere Operation innerhalb eines Jahres weitere unter den Versicherungsschutz fallende schwere Operationen, so wird für diese weiteren Operationen keine Leistung erbracht.

Diese Jahresausschlussfrist beginnt mit dem Tag der Durchführung der die Leistung auslösenden schweren Operation und endet 364 Tage nach der Durchführung der die Kapitalsfortleistung auslösenden Operation.

Die Kapitalsfortleistung beträgt eine Jahresrente.

6.3. im Leistungsfall

Die Kapitalsfortleistung beträgt zusätzlich eine Jahresrente, sofern der Leistungsfall im Sinne von B. Ziffer 1-5 eingetreten ist.

6.4. im Todesfall

Verstirbt die versicherte Person während des Zeitraumes des Rentenbezuges wird zusätzlich eine weitere einmalige Kapitalsfortleistung in Höhe von drei Monatsrenten fällig.

6.5. Einschränkungen der Leistungspflicht bei Kapitalsfortleistungen

Der Versicherungsschutz für Kapitalsfortleistungen tritt mit Ausnahme der Leistung gemäß B. 6.4. zu dem Zeitpunkt außer Kraft, zu dem der versicherten Person ein rechtmäßiger Anspruch auf eine monatliche Rente aus den fünf Leistungsarten der Multi-Renten Versicherung zusteht. Mit der Einstellung der monatlichen Rentenzahlung aus der Multi-Rente treten der Versicherungsschutz und die Pflicht zur Prämienzahlung für die Kapitalsfortleistung wieder in Kraft.

C. Weitere Bestimmungen

1. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1.1. Herzinfarkte/Schlaganfälle/Bewusstseinsstörungen

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB bezieht sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, Medikamenteneinfluss, Herz- oder Kreislaufstörungen oder der zum Unfallzeitpunkt herrschenden Witterungsbedingungen, Übermüdung, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten betreffen, hervorgerufen werden.

1.2. Alkoholklausel

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 und Ziffer 5.1.2 AUB sind Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 ‰ nicht übersteigt.

1.3. Erfrierungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gelten auch Gesundheitsschäden durch Erfrierungen als Unfallereignis.

1.4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel-, Sauerstoffentzug

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff als Unfall.

1.5. Medikamentenentzug

In Ergänzung zu Ziffer 1.3. AUB gelten auch Gesundheitsschädigungen durch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug als Unfall.

1.6. Sonnenbrand/ Sonnenstich

In Ergänzung zu Ziffer 1.3. AUB gilt das Erleiden eines Sonnenbrandes oder eines Sonnenstichs als Unfall.

1.7. Schädliche Stoffe

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB ist ein Unfallereignis zumindest auch dann noch als plötzlich einzuordnen, wenn die versicherte Person den schädlichen Stoffen oder Einwirkungen durch unabwendbare Umstände oder Unkenntnis der schädlichen Wirkung über einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.

1.8. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeuges

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB ist bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen, die eine Betreuung benötigen, auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

1.9. Versicherungsschutz für Fahrten mit Leihkarts

In Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB sind Unfälle infolge von einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor-, oder Crosskart-Anlage bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, mitversichert, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Diese Erweiterung gilt nur innerhalb Europas und für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.

1.10. Fahrtveranstaltungen

In Ergänzung zu Ziffer 5.1.5. AUB besteht Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen unter anderem Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.

1.11. Rettung von Menschenleben

Das bewusste in Kauf nehmen von Gesundheitsschäden infolge rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen gelten als unfreiwillig erlitten und ist mitversichert.

1.12. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen

Abweichend von Ziffer 1.4. AUB gelten sämtliche Gesundheitsschäden, die durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursacht wurden, als Unfall.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

1.13. Verzicht auf Anrechnung eines Mitwirkungsanteiles

In Abänderung von Ziffer 3. AUB verzichten wir generell auf die Anrechnung des Mitwirkungsanteils von Krankheiten oder Gebrechen.

1.14. Versicherbare Personen

Abweichend von Ziffer 4 AUB besteht der Versicherungsschutz auch für schwer- und schwerst Pflegebedürftige bzw. bei schweren/schwersten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit.

1.15. Änderung der Berufstätigkeit

In Abänderung zu Ziffer 6.2.1 AUB besteht keine Verpflichtung uns eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person zu melden.

1.16. Sonstige Leistungseinschlüsse

Ziffer 5.2. AUB findet keine Anwendung. Abweichend von Ziffer 5.2 AUB besteht insbesondere Versicherungsschutz für Blutungen aus Inneren Organen und Gehirnblutungen, Schäden an Bandscheiben, Infektionen jeglicher Art (unabhängig davon wie die Infektion verursacht wurde), Impfschäden, Vergiftungen jeglicher Art, Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, Bauch- und Unterleibsbrüche sowie Strahlenschäden.

Unabhängig von diesen unter C. Ziffer 1 aufgeführten Erweiterungen des Versicherungsschutz bleiben die unter C. Ziffer 5 der Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Kinder aufgeführten Ausschlüsse bestehen.

2. Nicht versicherbare Berufe

Nicht versichert sind Unfälle bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Akrobat, Artist, Bergungstaucher, Bohrschichtführer, Boxer, Dompteur, Drachenflieger, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot, Forschungstaucher, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Schießmeister, Sprengmeister/-beauftragter/-berechtigter/-hauer/-macher, Stückschieser (Bergbau), Rennfahrer im Bereich Motorsport (z. B. Formel 1 oder Motorradrennfahrer), Stuntman, Testfahrer, Testpilot, Tierbändiger, Trapezkünstler, Versuchsfahrer und Werksfahrer.

3. Dauer und Ende des Vertrages

3.1. Grundsätzliches

Es handelt sich bei Ihrer Multi-Rente für Kinder um einen einjährigen Vertrag.

Ihr Vertrag verlängert sich, sofern er nicht gekündigt wird, jeweils um ein Jahr, längstens bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet. Sofern zu diesem Zeitpunkt Leistungen aus diesem Vertrag bezogen werden, werden diese lebenslang gezahlt; bei einer Rentenzahlung aufgrund einer Krebserkrankung endet die Leistungspflicht gemäß den unter B. Ziffer 5.3.10 aufgeführten Regelungen.

3.2. Kündigung durch Versicherungsnehmer

Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 oder Ziffer 10.3 AUB entsprechend kündigen.

3.3. Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

Unser Recht, Ihren Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 AUB zu kündigen, wenden wir zu Ihren Gunsten nur mit folgenden Einschränkungen an:

- Abweichend von Ziffer 10.2 AUB beträgt die Kündigungsfrist für uns sechs Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres. Die Dreimonatsfrist für eine Kündigung durch Sie gemäß Ziffer 10.2 AUB bleibt hiervon unberührt
- Wir können unser Kündigungsrecht nur ausüben, wenn wir innerhalb eines Monats alle Versicherungsverträge des betreffenden Teilbestands kündigen, zu denen Ihr Versicherungsvertrag gehört.

Ein Teilbestand besteht aus allen mit uns abgeschlossenen Versicherungsverträgen, denen dieselben Kalkulationsmethoden und -größen sowie dieselben Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und dieselben Besonderen Bedingungen zugrunde liegen.

Ferner verzichten wir auf unser Kündigungsrecht aus Ziffer 10.3 AUB ausdrücklich.

Unsere Kündigungsrechte aus Ziffer 11.3.4 und Ziffer 13.3 AUB bleiben von Vorstehendem unberührt.

Sofern wir zum Zeitpunkt der Kündigung im Neugeschäft weiterhin ein vergleichbares Multi-Rentenprodukt anbieten, haben Sie das Recht ohne erneute Gesundheitsprüfung in den neuen Tarif zu den in diesem Tarif für Ihr erreichtes Alter gültigen Konditionen zu wechseln. Sie können in diesem Fall im neuen Tarif maximal die gleiche Rentenhöhe wie die zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung abgesicherte Rentenhöhe vereinbaren.

4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung

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

4.1.1. bei Heirat bzw. Verpartnerung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z. B. Heiratsurkunde) einzureichen;

4.1.2. bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;

4.1.3. bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z. B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen;

4.1.4. bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken im Wert von mindestens 50.000 Euro durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen.

4.1.5. bei Erhöhung der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit um mind. 15 % innerhalb eines Jahres. Die Erhöhung muss dauerhaft sein und darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben. Die Erhöhung ist durch einen Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers zu belegen.

4.1.6. bei Aufnahme einer Finanzierung von mindestens 50.000 Euro im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit der versicherten Person unter der Voraussetzung, dass die versicherte Person mit der selbständigen Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht.

4.1.7. bei erstmaligem Abschluss einer in Deutschland oder Österreich anerkannten Berufsausbildung oder erstmaligem Abschluss eines Studiums an einer Universität oder Hochschule und Aufnahme einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit.

4.1.8. bei Abschluss der Meisterprüfung bzw. Abschluss der Prüfung zum gewerblichen Meister und entsprechender beruflicher Tätigkeit.

4.1.9. bei erstmaligem Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.

4.1.10. nach Ablauf von 5 Versicherungsjahren, vom Versicherungsbeginn an gerechnet, sofern die versicherte Person ununterbrochen versichert war.

4.1.11. bei Wechsel in die Janitos Multi-Rente für Erwachsene

4.2. Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,

4.2.1. dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist;

4.2.2. dass der Leistungsfall im Sinne von Abschnitt B. Ziffer 1 - B. Ziffer 5 noch nicht eingetreten ist;

4.2.3. dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird.

4.3. Sofern durch die Erhöhung ein Höchstrentenbetrag von 2.000 Euro überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden. Die Erhöhungen dürfen insgesamt nicht mehr als 50 % der ursprünglich versicherten monatlichen Rente betragen und sind maximal auf 1.000 Euro begrenzt.

4.4. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

5. Ausschlüsse

In Ergänzung der AUB-Ausschlüsse Ziffer 5 bestehen für die Multi-Rente für alle fünf Leistungskomponenten nachfolgende Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist:

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

5.1. durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

5.2. durch Ausführung einer widerrechtlichen Handlung mit der ein gesetzlicher Vertreter oder Sorgeberechtigter der versicherten Person diese vorsätzlich geschädigt hat;

5.3. unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person; Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen infolge von Trunkenheit der versicherten Person; jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 ‰ nicht übersteigt und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles nicht unter Drogeneinfluss stand.

5.4. unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch infolge passiver oder aktiver Teilnahme an inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter stand;

5.5. durch Kriegsereignisse; bei Kriegsereignissen außerhalb der Republik Österreich werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten sieben Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;

5.6. durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten. Ein möglicher Leistungsanspruch für Schäden durch Kernenergie nach B. Ziffer 5.3.9 (Krebserkrankungen) bleibt hiervon unberührt;

5.7. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

5.8. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 5.1.4 AUB.

Für die beruflichen Tätigkeiten besteht gemäß B. Ziffer 1.5 für alle 5 Leistungskomponenten weiterhin Versicherungsschutz.

5.9. anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des österreichischen Außenministeriums bestanden hat.

5.10. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn der Blutalkoholgehalt der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalles über 1,3 ‰ lag oder die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

6. Wartezeit

6.1. Für die Erbringung einer Leistung aus dem Organ-/Grundfähigkeiten-/Pflegekonzept besteht für die Krankheiten Multiple Sklerose (MS) und Krebs eine Wartezeit.

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

6.3. Die Wartezeit beträgt bei Krebs sechs Monate und bei MS 12 Monate.

6.4. Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von MS und/oder Krebs und anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist diese Krankheit nicht mitversichert. Die daraus resultierenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft ausgeschlossen. Die nachträgliche Umdeutung primär unauffällig interpretierter Befunde bleibt unberücksichtigt.

7. Prämienanpassungsklausel

7.1. Prüfung der Prämien

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine risikogerechte Tarifierung sicherzustellen, ist der Versicherer berechtigt und verpflichtet, alle fünf Jahre – erstmalig im Jahr 2019, danach alle 5 Jahre - durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.

7.2. Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

(1) Sie ist stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl abgrenzbarer Risiken durchzuführen. Wir wenden darüber hinaus die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

(2) Versicherungsverträge, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, werden bei der Überprüfung in Risikogruppen zusammengefasst.

(3) Im Rahmen der Prüfung vergleichen wir, ob sich

- die technischen Berechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafeln, Krankenhausesstatistiken) zur Ermittlung der erwarteten Schadenaufwendungen,

- die in den Risikogruppen beobachtete gegenüber der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierte Anzahl von Leistungsfällen bzw. die durchschnittlichen Schadenaufwendungen je Leistungsfall, verändert haben. Es dürfen hierbei nur Änderungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Kalkulation der Beiträge ergeben haben. Der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitragszu- und abschläge bleiben außer Betracht.

(4) Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(5) Als Datengrundlage für die Kalkulation kommen unternehmensinterne und unternehmensübergreifende Daten in Betracht; unternehmensübergreifende Daten werden u.a. von der Deutschen Aktuar Vereinigung (DAV) bzw. der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Verfügung gestellt.

7.3. Prämienhöhung und Prämienermäßigung

Sofern die Überprüfung eine Veränderung von mindestens 5 Prozent (Bagatellgrenze) ergibt, ist der Versicherer im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres anzupassen. Wird bei der Überprüfung eine Veränderung von weniger als 5 Prozent festgestellt, findet eine Prämienanpassung nicht statt.

7.4. Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge

Sind die ermittelten Beiträge für bestehende Verträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Umfang des Versicherungsschutzes, kann der Versicherer für die bestehenden Verträge höchstens die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

7.5. Vortrag

Ungenutzte Veränderungen oberhalb der Bagatellgrenze bzw. unberücksichtigte Anpassungen unterhalb der Bagatellgrenze und unberücksichtigte Veränderungen oberhalb der Neuvertragsbeiträge im Sinne von (e) werden vorgetragen. Aufgrund des in Satz 1 geregelten Vortrags können zunächst ungenutzte bzw. unberücksichtigte Erhöhungen zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Reduzierungen werden zwingend nachgeholt, sobald die Bagatellgrenze überschritten wurde.

7.6. Einbindung eines Treuhänders

Der Versicherer ist zu einer Anpassung der Beiträge nur berechtigt, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Beitragskalkulation und die Voraussetzungen (7.1) bis (7.5) überprüft sowie ihre Angemessenheit und Erforderlichkeit bestätigt hat.

7.7. Kündigung bei Prämienhöhung

Erhöht der Versicherer auf Grund des vereinbarten Anpassungsrechts die Beiträge, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung der Beiträge zugehen.

8. Bedingungsanpassungsklausel

Diese Versicherungsbedingungen können wir auch nachträglich

8.1. bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen, oder

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

8.2. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, durch neue Regelungen ersetzen, wenn die Änderung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragsziels der Versicherungsnehmer der Multi-Rente angemessen berücksichtigt.

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

9. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente oder die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert (Bedingungsverbesserung), so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

10. Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Weichen die dem Vertrag zugrunde liegenden Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente oder die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ab, wird der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers nach diesen Bedingungen regulieren. Dies gilt nicht für die Umstellung nach Buchstabe E. Die Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen bezieht sich ausschließlich auf die Leistungsart Invalidität durch Unfall. Die unter B. Ziffer 1.2 aufgeführte Voraussetzung für die Leistungserbringung (Vorliegen eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 %) bleibt weiterhin bestehen.

11. Prämienbefreiung bei der Versicherung von Kindern

In Erweiterung zu Ziffer 11.7 AUB gilt folgende Regelung:

Wenn Sie als Versicherungsnehmer dieses Janitos Multi-Renten Versicherungsvertrages für Kinder während der Versicherungsdauer dieses Vertrages selbst Leistungsempfänger einer Rentenzahlung aus der Janitos Multi-Rente für Erwachsene werden und bei Vertragsabschluss das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten, wird dieser Vertrag zu dem zum Zeitpunkt Ihres Leistungsfalles geltenden Versicherungssummen prämienfrei weitergeführt. Dies gilt nur so lange, wie Sie selbst Leistungen aus der Janitos Multi-Rente beziehen. Sollten Sie während Ihres Leistungsbezugs sterben oder das 67. Lebensjahr vollenden, so wird die Prämienbefreiung auch dann fortgeführt, wenn Sie selbst keine Leistungen mehr aus der Janitos Multi-Rente beziehen. Die Prämienfreiheit hat Gültigkeit bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr beendet.

12. Altersstufenlogik

12.1. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt das zur Hauptfälligkeit erreichte Alter der versicherten Person.

12.2. Bei Beitragsänderungen durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, passt der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung an.

12.3. Erhöht sich der Beitrag wegen Eintritts in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum des Eintritts der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung gemäß Leistungsart B. Ziffer 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten Rentensumme.

3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

3.1. Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss. Ergänzend zu Ziffer 7.1 AUB liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie bei zunächst geringfügig erscheinenden Gesundheitsbeeinträchtigungen erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die Anordnungen des Arztes sind zu befolgen, eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.

3.2. Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer.

3.3. Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

3.4. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige medizinische Einrichtungen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

3.5. Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung und Einreichung der erforderlichen Unterlagen – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen.

3.6. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die nach D. Ziffer 3.3 erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die hierbei anfallenden Untersuchungskosten sowie angemessenen Reisekosten übernehmen wir.

3.7. Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person die Schadenmeldung innerhalb des ersten Jahres vom Schadentag an gerechnet bei uns einreichen.

4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

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

4.2. Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 5 Jahren ab Zahlung der ersten Monatsrente.

Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

D. Ziffer 3.3, D. Ziffer 3.4, D. Ziffer 3.5 und D. Ziffer 3.6 gelten entsprechend.

4.3. Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese ange-

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Kinder

forderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

4.4. Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

4.5. Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

5. Folgen bei Verletzung von Pflichten

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

6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)

6.1. Dynamisierung während der Vertragslaufzeit (Aktivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistung (Aktivdynamik) vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung für ihre Versicherung um den im Versicherungsschein angegebenen jährlichen Steigerungssatz.

6.1.1. Ihre Prämien erhöhen sich nach dem dann gültigen Tarif bzw. Produktvariante abhängig vom Alter der versicherten Person

6.1.2. Prämien und Versicherungsleistungen erhöhen sich jeweils zur nächsten Hauptfälligkeit.

6.1.3. Die planmäßige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Wochen nach dem Fälligkeitsdatum in Textform widersprechen.

Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

6.1.4. Die Dynamik tritt automatisch außer Kraft, sobald der Rentenanspruch den zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen in den Annahmerichtlinien angegebenen Höchstrentenbetrag erreicht hat. Sofern durch die Dynamisierung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstbetrag überschritten werden würde, wird maximal nur auf diesen Höchstbetrag angepasst.

6.1.5. Dabei wird der Betrag der versicherten Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

6.2. Dynamisierung während des Leistungsfalls (Passivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente jährlich um den im Versicherungsschein angegebenen Prozentsatz jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres; erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

7. Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag unter Erfüllung der nachfolgenden Kriterien beitragsfrei gestellt:

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Vollbeschäftigung nachgehen, bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen. Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen vollbeschäftigt, bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und ist die Prämie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt, so wird der Versicherungsvertrag ab der, der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt. Sollten Sie während dieser 6 Monate eine Beschäftigung annehmen und

dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der, der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate.

Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z. B. durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen, eine Beitragsfreistellung als Selbständiger kann maximal 1-mal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.

Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 17 AUB werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen und uns zugegangen sind.

E. Rechtsfolgen der Umstellung zum Zeitpunkt der Vollendung des 18. Lebensjahres (Volljährigkeitsklausel)

Die Multi-Rente für Kinder wird zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet grundsätzlich ohne erneute Gesundheitsprüfung auf das entsprechende bzw. nächstähnliche Erwachsenenprodukt (Multi-Rente für Erwachsene) umgestellt. Sofern mehrere Varianten hierfür zur Verfügung stehen, wird im Zweifel auf die leistungsstärkere Variante umgestellt.

Die Umstellung erfolgt nicht, wenn die versicherte Person unter der Janitos Multi-Rente für Kinder bereits eine Rentenleistung erhalten hat. In diesem Fall endet der Vertrag mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 18. Lebensjahr vollendet.

Die Umstellung erfolgt auf die entsprechende Produktvariante des Produktes für Erwachsene mit Eintrittsalter 18 Jahre zu dem dann gültigen Tarif, das heißt zu den dann gültigen Versicherungsbedingungen und den entsprechenden Beiträgen.

Die im Kinderprodukt enthaltenen Regelungen zur Rentenbezugsdauer, Aktiv- oder Passivdynamik werden übernommen. Eventuelle Sondervereinbarungen bei der Begrenzung des Versicherungsschutzes (siehe Versicherungsschein) oder Risikozuschläge bleiben in Höhe und Umfang weiterhin bestehen. Der Zusatzbaustein der Kapitalsofortleistung siehe B. Ziffer 5 der Multi-Rente für Kinder ist im Erwachsenenprodukt nicht mehr versicherbar und entfällt daher zum oben genannten Zeitpunkt der Umstellung automatisch. Tritt nach Ablauf eines Monats ab Beginn des Versicherungsjahres, für das der erhöhte Beitrag zu entrichten ist, ein Versicherungsfall ein, ohne dass inzwischen der volle erste Beitrag für das Erwachsenenprodukt entrichtet worden ist, so bemessen sich die Leistungen des Versicherers nach den im Verhältnis des neuerdings erforderlichen zu dem bisherigen Beitrag herabgesetzten Versicherungssummen.

Der Versicherungsnehmer hat das Recht den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang des Versicherungsscheins der Multi-Rente für Erwachsene in Textform, zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Umstellung, zu kündigen.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene (Stand 01.04.2016)

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)
 2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)
 3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)
 4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)
 5. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente)
 6. Kapitalsofortleistung
- ### C. Weitere Bestimmungen
1. Erweiterung des Versicherungsschutzes
 2. Nicht versicherbare Berufe
 3. Dauer und Ende des Vertrages
 4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung
 5. Ausschlüsse

Die Allgemeinen Bedingungen informieren Sie über die gegenseitigen Rechte und Pflichten aus dem Versicherungsvertragsverhältnis für die Multi-Rente für Erwachsene.

Sofern keine abweichenden Regelungen in den Zusatzbedingungen getroffen sind, werden die Allgemeinen Bedingungen für die Janitos Unfallversicherung (AUB) zugrunde gelegt.

A. Versicherungsumfang/Beschreibung der Leistungsarten

Die Janitos Multi-Rente unterscheidet fünf Leistungsarten:

- dauerhafte Invalidität von mindestens 50 % nach einem Unfall (B. Ziffer 1)
- definierte Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bestimmter Organe bzw. definierte Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner und bestimmter Krankheiten oder als Folge eines Unfalls (B. Ziffer 2),
- Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (B. Ziffer 3),
- Eintritt von Pflegebedürftigkeit (B. Ziffer 4) und
- Feststellung einer schweren Erkrankung (B. Ziffer 5)

Die Leistung wird als monatliche Rente während der vereinbarten Rentenzahldauer gezahlt, wobei für Krebs spezielle Regelungen zur Dauer der Leistung nach B. Ziffer 5.3.9 zu beachten sind. Zum Zeitpunkt des rechtmäßigen Anspruchs der monatlichen Rente endet gleichzeitig die Pflicht zur Prämienzahlung.

Innerhalb der ersten 3 Jahre nach Eintritt des Leistungsfall es haben wir jährlich das Recht, eine Nachbemessung der gesundheitlichen Beeinträchtigung vorzunehmen (Reaktivierungsfrist). Bei Krebs reduziert sich die Reaktivierungsfrist auf die maximale Leistungsdauer, sofern diese kürzer als 3 Jahre ist.

Sofern die Nachbemessung ergibt, dass die Voraussetzungen für den eingetretenen Leistungsfall nicht mehr bestehen, wird zu diesem Zeitpunkt die Rentenzahlung eingestellt. Die Einstellung der Rentenzahlung erfolgt zum Ende des Monats, in welchem sie der Versicherer hierüber schriftlich informiert hat. Sie haben dann das Recht, den Versicherungsschutz in Höhe und Umfang der zuletzt bezogenen Rentenleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder zu aktivieren.

Gleichzeitig tritt die Pflicht zur Prämienzahlung zu den dem Vertrag zugrunde liegenden Tarifprämien wieder in Kraft.

6. Wartezeit

7. Prämienanpassungsklausel

8. Bedingungsanpassungsklausel

9. Innovationsupdate

10. Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

11. Altersstufenlogik

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung

2. Höhe der Leistung

3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

5. Folgen bei Verletzung von Pflichten

6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)

7. Arbeitslosigkeit

8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

Sofern länger als 3 Jahre ununterbrochen die Voraussetzungen für den Leistungsfall vorgelegen haben, zahlen wir Ihre Rente ohne weitere Überprüfung lebenslang. Bei Krebs erfolgt die Leistung gemäß B. Ziffer 5.3.9.2 für einen befristeten Zeitraum.

Der Anspruch auf Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart vorliegen. Für die Höhe der Rentenleistung ist es unerheblich, welche Leistungsart oder wie viele Leistungsarten zutreffen.

B. Leistungsarten

1. Rentenleistung bei Invalidität durch Unfall (Unfallrente)

1.1. Beschreibung

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

1.2. Voraussetzung für die Leistung

Der Unfall hat zu einem nach Ziffer 2.1 und Ziffer 3 AUB ermittelten Invaliditätsgrad von mindestens 50 % geführt.

1.2.1. Verbesserte Gliedertaxe

In Abänderung von Ziffer 2.1.2.2.1 AUB gelten bei Verlust oder völliger Funktionsunfähigkeit folgende Invaliditätsgrade:

- Arm	70 %
- Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	70 %
- Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	70 %
- Hand	60 %
- Daumen	25 %
- Zeigefinger	15 %
- anderer Finger	10 %
- Bein über der Mitte des Oberschenkels	70 %
- Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	70 %
- Bein bis unterhalb des Knies	60 %
- Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	55 %
- Fuß	50 %
- große Zehe	8 %

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

– andere Zehe	5 %
– Auge	60 %
– Gehör auf einem Ohr	40 %
– Geruchssinn	15 %
– Geschmackssinn	15 %
– Stimme	100 %

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

1.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass der unfallbedingte Invaliditätsgrad <50 % ist. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

1.4. Fristverlängerung bei Invaliditätsansprüchen

In Abänderung von Ziffer 2.1.1.1 AUB muss die Invalidität innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten sein und spätestens vor Ablauf einer Frist von weiteren 12 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt und von Ihnen bei uns geltend gemacht werden.

1.5. Berufliches Flugrisiko

Mit Ausnahme von beruflichen Tätigkeiten als Luftsportgeräteführer sowie den in C. Ziffer 2 ausgeschlossenen beruflichen Tätigkeiten als Testpilot und Flugversuchspilot sind in abweichend von Ziffer 5.1.4 AUB alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können, mitversichert.

2. Rentenleistung bei Organschäden (Organrente)

2.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

2.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB gilt als Leistungsfall der Eintritt einer irreversiblen im folgenden unter 2.3 definierten Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der folgenden beschriebenen Organe bzw. einer definierten Beeinträchtigung der körperlichen und geistigen Fähigkeiten als Folge einzelner bestimmter Krankheiten oder durch Unfall. Die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

2.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der versicherten Organe und Krankheiten entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einem Invaliditätsgrad von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

2.3.1. Erkrankungen des Gehirns und des zentralen Nervensystems

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarkes, die zu einer vollständigen Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- mindestens einer Körperhälfte führt.

Vollständig heißt, dass die Funktion der Extremitäten zu 90 % oder mehr aufgehoben ist.

Alle weiteren Beeinträchtigungen nach Schädigung des Gehirns oder des zentralen Nervensystems werden nach den Definitionen der Grundfähigkeiten beurteilt.

2.3.2. Herzinfarkt und andere Herzerkrankungen

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

Eine erhebliche Minderung der Pumpleistung liegt vor bei einer:

- Ejektionsfraktion kleiner gleich 30 % oder

- Fractional Shortening kleiner gleich 15 % oder
- Herzinsuffizienz NYHA (New York Heart Association) IV

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

2.3.3. Nierenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Erkrankung der Nieren, die z. B. aufgrund von Immunkrankheiten, chronischen Entzündungen, Verletzungen, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck entstanden ist und bei der die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind.

Die Leistungsfähigkeit der Nieren muss auf Dauer und irreversibel so reduziert sein, dass die Werte

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

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.4. Lungenerkrankungen

Als Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit gilt jede Lungenerkrankung (z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündung und Verletzung), die die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer und irreversibel erheblich reduziert und bei der die nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt sind. Die Leistungskraft der Lungen wird in Prozent von der Norm und ausschließlich anhand eingeführter Leitlinien zur Messung der Lungenfunktion bestimmt. Erheblich ist eine Reduktion der Lungenleistung, wenn:

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

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsfähigkeit.

Werden die Funktionswerte durch eine Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.3.5. Lebererkrankungen

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

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

Die Funktionsminderung muss irreversibel und auf Dauer sein.

Werden die Funktionen der Leber auf Grund einer Transplantation verbessert, wird die Leistung weiterhin erbracht.

2.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

2.5. Vorerkrankungen

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht anzurechnen.

3. Rentenleistung bei Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten (Grundfähigkeitenrente)

3.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

3.2. Voraussetzung der Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB tritt der Leistungsfall ein, wenn der Verlust einzelner, definierter Grundfähigkeiten durch Unfall oder Krankheit nach der unter Ziffer 3.3 aufgeführten Bewertungsskala zu einer Punktzahl von mindestens 100 Punkten führt. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und nicht mehr therapierbar sein.

Der Verlust der Grundfähigkeiten ist uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

3.3. Bewertungsmaßstab

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

Die Punktzahl von mindestens 100 Punkten entspricht nach den Maßstäben der diesen Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

3.3.1. Grundfähigkeiten der Kategorie A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Sich Orientieren

Der vollständige, irreversible Verlust einer dieser Grundfähigkeiten der Kategorie A wird mit 100 Punkten bewertet.

3.3.1.1. Verlust des Sehvermögens (Blindheit)

Blindheit im Sinne der Grundfähigkeiten ist eine klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare Reduzierung der Sehfähigkeit entsprechend der nachfolgenden Definition:

Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

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

Ein Rentenanspruch ergibt sich nur, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden können, dass eine Blindheit im Sinne dieser Leistungsbeschreibung nicht mehr besteht.

3.3.1.2. Verlust des Sprachvermögens (Stummheit)

Ein Rentenanspruch entsteht, sofern die versicherte Person durch eine irreversible Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht fähig ist, irgendein verständliches Wort auszusprechen.

Nicht geleistet wird bei Verlust der Sprachfähigkeit durch nicht organische Ursachen.

Insbesondere psychogener Sprachverlust ist ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3.3.1.3. Verlust des Hörvermögens (Taubheit)

Ein Rentenanspruch liegt vor, sobald die betreffende Person basierend auf folgender Definition auf beiden Seiten vollständig ertaubt ist:

Irreversibler und nicht therapierbarer Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel.

Es besteht kein Rentenanspruch, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

3.3.1.4. Verlust der Orientierung

Geleistet wird, wenn die betreffende Person:

- nicht mehr in der Lage ist, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

Dieser Zustand muss dauerhaft und irreversibel sein.

3.3.2. Grundfähigkeiten der Kategorie B

Die Kategorie B unterscheidet vier Bewertungsgruppen, denen einzelne Grundfähigkeiten mit entsprechender Punktebewertung zugeordnet sind. Der Verlust der Grundfähigkeiten muss irreversibel und dauerhaft sein.

3.3.2.1. Obere Extremitäten

Handfunktionen

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

oder

kann Messer und Gabel nicht mehr gleichzeitig benutzen

oder

kann kleine Teile wie z. B. einen Bleistift nicht mehr vom Boden aufheben

oder

ist nicht mehr in der Lage, weder mit der rechten noch mit der linken Hand, eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg auszuführen. 34 Punkte

Heben und Tragen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm, einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen. 34 Punkte

Arme bewegen

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm, eine nach oben und hinten (Nackengriff) und eine nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Schürzenbindergriff) auszuführen. 34 Punkte

3.3.2.2. Untere Extremitäten

Treppen steigen

Die versicherte Person kann eine Treppe mit 12 Stufen nicht mehr hinauf- oder hinabgehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen.

Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten:

- Treppe hinauf gehen 17 Punkte
- Treppe hinunter gehen 17 Punkte

Nicht gehen können

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzuliegen, ohne anzuhalfen, ohne sich abzustützen und/oder ohne sich setzen zu müssen.

Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als 10 Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 34 Punkte

Stehen

Die versicherte Person kann keine 10 Minuten mehr stehen, ohne sich abzustützen.

Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden. 34 Punkte

Knien und Bücken

Die versicherte Person ist nicht mehr fähig, sich niederzuknien oder soweit zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten. 34 Punkte

3.3.2.3. Wirbelsäule und Becken

Sitzen und Erheben

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden), ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren. 34 Punkte

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, ohne Gebrauch der Hände oder Arme von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden). 34 Punkte

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

Beugen

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

Die versicherte Person ist nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen. 34 Punkte

3.3.2.4 Mobilität

Auto fahren

Die versicherte Person ist nicht mehr befugt Auto zu fahren, da ihr aus medizinischen Gründen die Fahrberechtigung entzogen worden ist.

Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist ausgeschlossen.

Bei der Fahrberechtigung handelt es sich um einen Führerschein der Klasse „B“ – Stand 1.1.2012 – (Alt: Führerscheinklasse III).

Berufskraffahrtberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung. 34 Punkte

3.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

3.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

4. Rentenleistung bei einer Pflegebedürftigkeit (Pflegerente)

4.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

4.2. Voraussetzung für die Leistung

Die versicherte Person ist pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, wenn sie auf Grund einer körperlichen, geistigen oder psychischen Behinderung oder einer Sinnesbehinderung ständig, das heißt zumindest mehrmals wöchentlich, Betreuung und Hilfe, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, benötigt.

Unter Betreuung sind alle in relativ kurzer Folge notwendigen Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die vornehmlich den persönlichen Lebensbereich betreffen und ohne die der pflegebedürftige Mensch der Verwahrlosung ausgesetzt wäre. Zu diesen Verrichtungen zählen insbesondere solche beim An- und Auskleiden, bei der Körperpflege, der Zubereitung und Einnahme von Mahlzeiten, der Verrichtung der Notdurft, der Einnahme von Medikamenten und der Mobilitätshilfe im engeren Sinn.

Unter Hilfe sind aufschiebbarer Verrichtungen anderer Personen zu verstehen, die den sachlichen Lebensbereich betreffen und zur Sicherung der Existenz erforderlich sind. Hilfsverrichtungen sind die Herbeischaffung von Nahrungsmitteln, Medikamenten und Bedarfsgütern des täglichen Lebens, die Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände, die Pflege der Leib- und Bettwäsche, die Beheizung des Wohnraumes einschließlich der Herbeischaffung von Heizmaterial und die Mobilitätshilfe im weiteren Sinn.

Der Zeitaufwand, den die andere Person für diese Betreuung und Hilfe benötigt, muss durchschnittlich mehr als 160 Stunden monatlich betragen. Weiterhin besteht eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen, wenn die versicherte Person

- auf Grund einer Querschnittlähmung, einer beidseitigen Beinamputation, einer genetischen Muskeldystrophie, einer Encephalitis disseminata oder einer infantilen Cerebralparese zur eigenständigen Lebensführung überwiegend auf den selbständigen Gebrauch eines Rollstuhles oder eines technisch adaptierten Rollstuhles angewiesen ist und zusätzlich an einer Stuhl- oder Harninkontinenz bzw. einer Blasen- oder Mastdarmlähmung leidet.

oder

- blind ist. Als blind gilt, wer am besseren Auge mit optimaler Korrektur eine Sehleistung mit einem Visus von kleiner oder gleich 0,05 (3/60) ohne Gesichtsfeldeinschränkung hat oder
- 0,1 (6/60) in Verbindung mit einer Quadrantenanopsie hat oder
- 0,3 (6/20) in Verbindung mit einer Hemianopsie hat oder
- 1,0 (6/6) in Verbindung mit einer röhrenförmigen Gesichtsfeldeinschränkung hat.

oder

- taubblind ist. Als taubblind gelten Blinde, deren Hörvermögen so hochgradig eingeschränkt ist, dass eine verbale und akustische Kommunikation mit der Umwelt nicht möglich ist.

Wichtiger Hinweis: Die vorstehenden Definitionen für die Pflegebedürftigkeit entsprechen denen der Pflegestufe IV bzw. höher gemäß § 4 bzw. § 4a Bundespflegegeldgesetz (Stand 01.09.2012) bzw. der entsprechenden Regelungen der Landespflegegesetze. Dies bedeutet, dass – solange keine Gesetzesänderungen stattgefunden haben – ein Leistungsfall vorliegt, wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit gemäß der vorstehenden gesetzlichen Regelungen eine Einstufung in die Pflegestufe IV oder eine höhere Pflegestufe nach dem Bundespflegegeldgesetz erhält. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung für unser Leistungsversprechen im Rahmen dieser Bedingungen führen.

Das Vorliegen von Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %.

Die Feststellung der Pflegebedürftigkeit erfolgt durch ärztliche Gutachten.

Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe maßgebend. Ziffer 4.1 und Ziffer 4.2 AUB finden keine Anwendung, sofern die Beeinträchtigungen während der Vertragslaufzeit eintreten.

4.3. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht. (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Pflegebedürftigkeit nach dieser Frist entfallen ist.)

Der Wegfall der Pflegebedürftigkeit ist uns innerhalb eines Monats zu melden.

4.4. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

5. Rentenleistung bei einer schweren Erkrankung (Dread-Disease-Rente)

5.1. Beschreibung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB leisten wir die vereinbarte Rente entsprechend der nachfolgenden Bedingungen:

5.2. Voraussetzung für die Leistung

In Ergänzung zu Ziffer 1.1 AUB gilt als Leistungsfall der Eintritt einer im Folgenden unter Ziffer 5.3 definierten Erkrankung. Die Leistungsvoraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

5.3. Bewertungsmaßstab

Die Beeinträchtigung der körperlichen und/oder geistigen Leistungsfähigkeit für die genannten Erkrankungen entspricht nach den Maßstäben der diesem Vertrag zu Grunde liegenden Bewertungen einer Invalidität von mindestens 50 %. Für die Leistungsabwicklung sind ausschließlich diese Bewertungsmaßstäbe anzusetzen.

5.3.1. HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit

Eine HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit – der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nach Versicherungsbeginn

- durch eine Verletzung oder

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

- durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten

während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde und alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Die versicherte Person muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf der versicherten Person muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
- Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- Die versicherte Person muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HI-Viren oder von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt.
- Innerhalb von 12 Monaten nach dem Vorfall müssen HI-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
- Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufständischen Organisationen anerkannt worden sein.

Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:

- Ärzte/-innen (Allgemeinärzte/-innen, Fachärzte/-innen etc.)
- Zahnärzte/-innen
- Krankenschwestern/-pfleger
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Altenpfleger/-innen
- Krankenhauspersonal
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Arzthelfer/-innen
- Zahnarzthelfer/-innen
- Hebammen
- Sanitäter
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Feuerwehrleute
- Polizisten/-innen
- Gefängnispersonal
- Zahntechniker/-innen

HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

5.3.2. HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion

Eine HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion – im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht und alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

a) Dem Versicherer wird ein

- Schuldanerkenntnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte, oder
- rechtskräftiges Urteil

vorgelegt, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion der versicherten Person im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde.

b) Die versicherte Person leidet nicht an Hämophilie.

c) Der Versicherer muss freien Zugang zu allen Blutproben der versicherten Person haben sowie die Möglichkeit erhalten, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen.

HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

5.3.3. Fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimer'sche Krankheit)

Alzheimer'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist und die bei dem Versicherten zu einer schweren Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne dieser Bedingungen führt.

Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist eine organische, mentale Erkrankung, die durch einen allgemeinen Verlust der intellektuellen Fähigkeiten einschließlich der Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, der Fähigkeit zum abstrakten Denken sowie Änderun-

gen in der Persönlichkeit gekennzeichnet ist und die bei dem Versicherten zu einer schweren Einschränkung der Alltagskompetenz im Sinne dieser Bedingungen führt.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Die mentalen Fähigkeiten des Versicherten haben sich infolge von fortgeschrittener Demenz oder der Alzheimer'schen Krankheit erheblich verschlechtert.
- Die versicherte Person bedarf der Beaufsichtigung, um Gefährdungen zu verhüten.
- Im Rahmen von anerkannten Standardtestverfahren erfolgt die Diagnose „Schwere Einschränkung der Alltagskompetenz“.
- Die diagnostizierte Einschränkung wird voraussichtlich dauerhaft bestehen.

Eine schwere Einschränkung der Alltagskompetenz liegt nicht vor, wenn die geistigen Fähigkeiten des Versicherten aufgrund einer seelischen Erkrankung wie z. B. Depressionen beeinträchtigt sind.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person,

- den Wohnbereich unkontrolliert verlässt oder
- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung der Situation verhält.

Die Diagnose der schweren Einschränkung der Alltagskompetenz und der Standardtests müssen von ärztlichen Gutachtern für solche Krankheitsbilder durchgeführt werden.

5.3.4. Creutzfeld-Jakob-Syndrom

Creutzfeld-Jakob-Syndrom im Sinne dieser Bedingungen ist die seltene, gewöhnlich tödlich verlaufende spongiose Enzephalopathie gleichen Namens, welche mit Symptomen einer zerebralen Dysfunktion, schwerer fortschreitender Demenz, unkontrollierten Muskelspasmen, Tremor und Athetose einhergeht und alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Die eindeutige Diagnose wurde durch einen Neurologen bestätigt und kann in Zweifelsfällen durch einen vom Versicherer bestimmten Facharzt überprüft werden.
- Spongiose Encephalitiden anderer Genese als andere mögliche Ursachen für die Symptome wurden bei der Erstellung der Diagnose explizit ausgeschlossen.

5.3.5. Schwere Motoneuronenerkrankung

Die Motoneuronenerkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist charakterisiert durch die fortschreitende Degeneration der Vorderhornzellen oder der bulbären Neuronen und umfasst spinale muskuläre Atrophien, progressive Lähmungen der Hirnnerven, amyotrophe Lateralsklerose und primäre Nervendegeneration. Sie liegt nur vor, wenn die Erkrankung sich in neurologischen Defiziten manifestiert, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:

- a) Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehilfe) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- b) 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.

5.3.6. Polio (Kinderlähmung)

Polio im Sinne dieser Bedingungen ist eine eindeutig diagnostizierte schwere Infektion durch das Poliovirus, die alle der folgenden Bedingungen erfüllt:

- Die Infektion führt zu Lähmungserscheinungen, die sich in Form von eingeschränkter Atmungsfunktion oder eingeschränkten motorischen Fähigkeiten äußern.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

- Die Infektion verursacht ein neurologisches Defizit, das sich in Form von dauerhaften, irreversiblen Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße äußert.

5.3.7. Organtransplantationen

Eine Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein) oder Niere von einem Spender auf einen Empfänger, welcher die versicherte Person ist.

5.3.8. Schwere Verbrennungen

Als schwere Verbrennungen gelten Verbrennungen ab II. Grades von mehr als 30 Prozent der Körperoberfläche. Voraussetzungen für die Leistung sind der Nachweis der Verletzungen durch ein fachärztliches Attest.

5.3.9. Krebs

5.3.9.1. Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn histologisch nachgewiesen ist, dass ein bösartiger Tumor vorliegt, wenn es also zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und der Zerstörung von gesundem Gewebe kommt, und dabei mindestens der Schweregrad Stadium II nach den nachfolgenden Klassifizierungen erreicht wird.

5.3.9.1.1. Krebserkrankungen werden entsprechend der „TNM classifications of malignant tumours, seventh edition“ der Internationalen Vereinigung gegen Krebs (UICC) in vier Stadien (I bis IV) klassifiziert. Wir leisten ab Stadium II.

5.3.9.1.2. Lymphknoten- und Blutkrebserkrankungen, also alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin, werden nach der folgenden Klassifikation eingeteilt:

Stadium I (hier gibt es keine Leistung): Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells;

Stadium II: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells;

Stadium III: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells;

Stadium IV: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

Wir leisten ab Stadium II.

5.3.9.1.3. Als Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Tumoren des Gehirns, die entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) in vier Schweregrade (I bis IV) eingeteilt sind und mindestens den Grad II erreichen.

5.3.9.1.4. Keine Krebserkrankungen im Sinne dieser Bedingungen und damit vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Alle Carcinoma in situ
- Gebärmutterhalsdysplasien
- Sowie alle Stadien/Grade I.

5.3.9.2. Für Krebs beträgt die maximale Leistungsdauer

- bei Stadium/Grad II: 18 Monate
- bei Stadium/Grad III: 36 Monate
- bei Stadium/Grad IV: 60 Monate

5.3.9.3. Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach Reaktivierung des Leistungsfalles vor Ablauf der maximalen Leistungsdauer erneut auf (Rezidiv, bzw. Wiederauftreten eines histologisch gleichartigen Tumors am gleich Ort oder im gleichen Organ), werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet. (Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der Leistungsdauer für die wiederaufgetretene Krebserkrankung geleistet. Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer gezahlt worden ist.)

5.3.9.4. Tritt während der Rentenzahlung eine Verschlechterung des Krebsstadiums oder Grades auf (z. B. von III auf IV), erhöht sich die gesamte maximale Leistungsdauer auf diejenige des neuen Stadiums/Grades. Bereits gezahlte Renten werden bei der Neubemessung der maximalen Leistungsdauer angerechnet. (Es wird also nicht die neue maximale Leistungsdauer zu den bereits erhaltenen Leistungen hinzuaddiert, sondern es wird inklusive der bereits gezahlten Renten maximal bis zum Ablauf der (neuen) Leistungsdauer für das verschlechterte Stadium/den verschlechterten Grad geleistet.)

5.3.9.5. Eine Krebserkrankung, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung), gilt nicht als neuer Leistungsfall nach Ziffer 5.3.9.1).

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall.

Die Rente wird bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- eine der unter Ziffer 5.3.9.2 genannten Fristen abläuft,
- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen. Die Frist zur Neubemessung beträgt maximal die jeweilige Leistungsdauer nach Ziffer 5.3.9.2.

5.3.10. Psychische Störungen oder Geisteskrankheiten

Als psychische Störung oder Geisteskrankheit gilt jede psychische oder geistige Erkrankung, die

- zu einer dauerhaften Totalbetreuung oder dauerhaften Pflegschaft oder
- zu einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung oder
- zu einem dauerhaften Verlust der zeitlichen und räumlichen Orientierung geführt haben.

5.4. Beginn und Dauer der Leistung

Die Rente zahlen wir

- rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung eingetreten ist, gemäß D. Ziffer 1 jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer,
- monatlich im Voraus.

Die Rente wird (außer bei Krebs) bis zum Ende des Monats gezahlt, in dem

- die versicherte Person stirbt oder
- eine Neubemessung ergeben hat, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen (Ist die Rentenzahlung länger als 3 Jahre erfolgt, so wird sie auch dann weiter gezahlt, wenn die Leistungsvoraussetzungen nach dieser Frist nicht mehr vorliegen sollten.)

5.5. Vorerkrankungen

In Abänderung von Ziffer 3 AUB werden Vorerkrankungen nicht angerechnet.

6. Kapitalsofortleistung

6.1. im Leistungsfall

Sobald die Voraussetzungen für mindestens eine Leistungsart im Sinne von B. Ziffer 1-5 vorliegen, wird zusätzlich zur ersten, monatlichen Rentenzahlung eine einmalige Kapitalsofortleistung in Höhe von drei Monatsrenten fällig.

Die Kapitalsofortleistung entfällt, sofern der Leistungsfall durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten eingetreten ist, die der versicherten Person zustoßen, während sie Fahrer(in) eines Motorrads ist. Diese Einschränkung gilt nur, falls das Motorrad Fahren in dem jeweiligen Vertrag nicht gegen Zuschlag mitversichert und dies im Versicherungsschein entsprechend dargestellt ist. Als Motorräder werden alle Krafträder, Kraftroller, Quads, oder Trikes mit einem Hubraum über 50 ccm eingestuft.

6.2. im Todesfall

Verstirbt die versicherte Person während des Zeitraumes des Rentenbezuges wird zusätzlich eine weitere einmalige Kapitalsofortleistung in Höhe von drei Monatsrenten fällig.

C. Weitere Bestimmungen

1. Erweiterung des Versicherungsschutzes

1.1. Herzinfarkte/Schlaganfälle/Bewusstseinsstörungen

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 AUB bezieht sich der Versicherungsschutz auch auf Unfälle der versicherten Person durch Geistes- oder Bewusstseinsstörungen, soweit diese durch Schlaganfälle, Herzinfarkt, Medikamenteneinfluss, Herz- oder Kreislaufstörungen oder der zum Unfallzeitpunkt herrschenden Witterungsbedingungen, Ermüdung, epileptische Anfälle oder andere Krampfanfälle, die den ganzen Körper des Versicherten betreffen, hervorgerufen werden.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

1.2. Alkoholklausele

In Abänderung von Ziffer 5.1.1 und 5.1.2 AUB sind Unfälle infolge Bewusstseinsstörungen mitversichert, soweit diese durch Trunkenheit verursacht sind; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 ‰ nicht übersteigt.

1.3. Erfrierungen

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gelten auch Gesundheitsschädigungen durch Erfrierungen als Unfallereignis.

1.4. Flüssigkeits-, Nahrungsmittel-, Sauerstoffentzug

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB gelten auch Gesundheitsschädigungen durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeit, Nahrung oder Sauerstoff als Unfall.

1.5. Medikamentenentzug

In Ergänzung zu Ziffer 1.3. AUB gelten auch Gesundheitsschädigungen durch das infolge einer Entführung oder Geiselnahme erfolgende unsachgemäße Verabreichen von Medikamenten sowie der Medikamentenentzug als Unfall.

1.6. Sonnenbrand/ Sonnenstich

In Ergänzung zu Ziffer 1.3. AUB gilt das Erleiden eines Sonnenbrandes oder eines Sonnenstichs als Unfall.

1.7. Schädliche Stoffe

In Ergänzung zu Ziffer 1.3 AUB ist ein Unfallereignis zumindest auch dann noch als plötzlich einzuordnen, wenn die versicherte Person schädlichen Stoffen oder Einwirkungen durch unabwendbare Umstände oder Unkenntnis der schädlichen Wirkung über einen Zeitraum von bis zu 7 Tagen ausgesetzt war.

1.8. Unerlaubtes Fahren eines Land- oder Wasserfahrzeuges

Abweichend von Ziffer 5.1.2 AUB ist bei Personen unter 18 Jahren sowie bei Personen, die eine Betreuung benötigen, auch dann Versicherungsschutz gegeben, wenn die versicherte Person ein Land- oder Wasserfahrzeug lenkt oder fährt, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass keine weitere Straftat zur Ermöglichung der Fahrt begangen wurde.

1.9. Versicherungsschutz für Fahrten mit Leihkarts

In Abänderung von Ziffer 5.1.5 AUB sind Unfälle infolge von einem gelegentlichen Fahren mit Leihkarts auf einer Indoor-, Outdoor-, oder Crosskart-Anlage bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, mitversichert, sofern hierfür keine Lizenz erforderlich ist. Diese Erweiterung gilt nur innerhalb Europas und für Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.

1.10. Fahrtveranstaltungen

In Ergänzung zu Ziffer 5.1.5. AUB besteht Versicherungsschutz beim Absolvieren von Sicherheitstrainings sowie bei Fahrtveranstaltungen, bei denen es auf die Erzielung einer Durchschnittsgeschwindigkeit ankommt. Dazu zählen unter anderem Stern-, Zuverlässigkeits-, Orientierungs- und Ballonverfolgungsfahrten.

1.11. Rettung von Menschenleben

Das bewusste in Kauf nehmen von Gesundheitsschäden infolge rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen gelten als unfreiwillig erlitten und ist mitversichert.

1.12. Erhöhte Kraftanstrengungen und Eigenbewegungen

Abweichend von zu Ziffer 1.4. AUB gelten sämtliche Gesundheitsschäden, die durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursacht wurden, als Unfall.

1.13. Verzicht auf Anrechnung eines Mitwirkungsanteiles

In Abänderung von Ziffer 3. AUB verzichten wir generell auf die Anrechnung des Mitwirkungsanteils von Krankheiten oder Gebrechen..

1.14. Änderung der Berufstätigkeit

In Abänderung zu Ziffer 6.2.1 AUB besteht keine Verpflichtung uns eine Änderung der Berufstätigkeit oder der Beschäftigung der versicherten Person zu melden.

1.15. Versicherbare Personen

Abweichend von Ziffer 4 AUB besteht der Versicherungsschutz auch für schwer- und schwerst Pflegebedürftige bzw. bei schweren/schwersten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit.

1.16. Sonstige Leistungseinschlüsse

Ziffer 5.2 AUB findet keine Anwendung. Abweichend von Ziffer 5.2 AUB besteht insbesondere Versicherungsschutz für Blutungen aus Inneren Organen und Gehirnblutungen, Schäden an Bandscheiben, Infektionen jeglicher Art (unabhängig davon wie die Infektion verursacht wurde), Impfschäden, Vergiftungen jeglicher Art, Gesundheitsschäden durch Heilmaßnahmen oder Eingriffe am Körper der versicherten Person, krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen, Bauch- und Unterleibsbrüche sowie Strahlenschäden.

Unabhängig von diesen unter C. Ziffer 1 aufgeführten Erweiterungen des Versicherungsschutzes bleiben die unter C. Ziffer 5 der Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente für Erwachsene aufgeführten Ausschlüsse bestehen.

2. Nicht versicherbare Berufe

Nicht versichert sind Unfälle bei Tätigkeiten, die im Rahmen der folgenden Berufsbilder auftreten:

Akrobat, Artist, Bergungstaucher, Bohrschichtführer, Boxer, Dompteur, Drachenfluglehrer, Fallschirmlehrer, Flugversuchspilot, Forschungstaucher, Mitarbeiter von Munitions-, Such- und Räumungstrupps, Schießmeister, Sprengmeister/-beauftragter/-berechtigter/-hauer/-macher, Stückschieser (Bergbau), Rennfahrer im Bereich Motorsport (z. B. Formel 1 oder Motorradrennfahrer), Stuntman, Testfahrer, Testpilot, Tierbändiger, Trapezkünstler, Versuchsfahrer und Werksfahrer.

3. Dauer und Ende des Vertrages

3.1. Grundsätzliches

Es handelt sich bei Ihrer Multi-Rente für Erwachsene um einen einjährigen Vertrag.

Ihr Vertrag verlängert sich, sofern er nicht gekündigt wird, jeweils um ein Jahr, längstens bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet.

3.2. Kündigung durch Versicherungsnehmer

Sie können den Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 oder Ziffer 10.3 AUB kündigen.

3.3. Einschränkung des Kündigungsrechts des Versicherers

Unser Recht, Ihren Versicherungsvertrag gemäß Ziffer 10.2 AUB zu kündigen, wenden wir zu Ihren Gunsten nur mit folgenden Einschränkungen an:

- Abweichend von Ziffer 10.2 AUB beträgt die Kündigungsfrist für uns sechs Monate vor Ablauf des jeweiligen Versicherungsjahres. Die Dreimonatsfrist für eine Kündigung durch Sie gemäß Ziffer 10.2 AUB bleibt hiervon unberührt.
- Wir können unser Kündigungsrecht nur ausüben, wenn wir innerhalb eines Monats alle Versicherungsverträge des betreffenden Teilbestands kündigen, zu denen Ihr Versicherungsvertrag gehört.

Ein Teilbestand besteht aus allen mit uns abgeschlossenen Versicherungsverträgen, denen dieselben Kalkulationsmethoden und -größen sowie dieselben Allgemeinen Unfallversicherungs-Bedingungen (AUB) und dieselben Besonderen Bedingungen zugrunde liegen.

Ferner verzichten wir auf unser Kündigungsrecht aus Ziffer 10.3 AUB ausdrücklich.

Unsere Kündigungsrechte aus Ziffer 11.3.4 und Ziffer 13.3 AUB bleiben von Vorstehendem unberührt.

Sofern wir zum Zeitpunkt der Kündigung im Neugeschäft weiterhin ein vergleichbares Multi-Rentenprodukt anbieten, haben Sie das Recht ohne erneute Gesundheitsprüfung in den neuen Tarif zu den in diesem Tarif für Ihr erreichtes Alter gültigen Konditionen zu wechseln. Sie können in diesem Fall im neuen Tarif maximal die gleiche Rentenhöhe wie die zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung abgesicherte Rentenhöhe vereinbaren.

4. Nachträgliche Erhöhung des Versicherungsschutzes ohne erneute Risikoprüfung

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

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

- 4.1.1. bei Heirat bzw. Verpartnerung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z. B. Heiratsurkunde) einzureichen;
- 4.1.2. bei Geburt eines Kindes der versicherten Person, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen;
- 4.1.3. bei Adoption eines Kindes durch die versicherte Person, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen;
- 4.1.4. bei rechtskräftiger Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG der versicherten Person, der entsprechende Nachweis (z. B. rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen;
- 4.1.5. bei Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken im Wert von mindestens 50.000 Euro durch die versicherte Person, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen.
- 4.1.6. bei Erhöhung der Einkünfte aus nichtselbständiger Arbeit um mind. 15 % innerhalb eines Jahres. Die Erhöhung muss dauerhaft sein und darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben. Die Erhöhung ist durch einen Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers zu belegen.
- 4.1.7. bei Aufnahme einer Finanzierung von mindestens 50.000 Euro im Rahmen einer selbständigen Tätigkeit der versicherten Person unter der Voraussetzung, dass die versicherte Person mit der selbständigen Tätigkeit ihr hauptsächliches Erwerbseinkommen bezieht.
- 4.1.8. bei erstmaligem Abschluss einer in Deutschland oder Österreich anerkannten Berufsausbildung oder erstmaligem Abschluss eines Studiums an einer Universität oder Hochschule und Aufnahme einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit.
- 4.1.9. bei Abschluss der Meisterprüfung bzw. Abschluss der Prüfung zum gewerblichen Meister und entsprechender beruflicher Tätigkeit.
- 4.1.10. bei erstmaligem Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung.
- 4.1.11. nach Ablauf von 5 Versicherungsjahren, vom Versicherungsbeginn an gerechnet, sofern die versicherte Person ununterbrochen versichert war.
- 4.1.12. bei Wechsel aus dem Kindertarif in die Janitos Multi-Rente für Erwachsene

- 4.2. Die Erhöhungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Anpassung voraus,
- 4.2.1. dass die versicherte Person nicht älter als 40 Jahre ist;
- 4.2.2. dass der Leistungsfall im Sinne von Abschnitt B. Ziffer 1 - B. Ziffer 5 noch nicht eingetreten ist;
- 4.2.3. dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausgeübt wird;
- 4.3. Sofern durch die Erhöhung ein Höchstrentenbetrag von 3.000 Euro überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag erhöht werden. Die Erhöhungen dürfen insgesamt nicht mehr als 50 % der ursprünglich versicherten monatlichen Rente betragen und sind maximal auf 1.000 Euro begrenzt.
- 4.4. Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

5. Ausschlüsse

In Ergänzung der AUB-Ausschlüsse Ziffer 5 bestehen für die Multi-Rente für alle fünf Leistungskomponenten nachfolgende Ausschlüsse.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung verursacht worden ist:

- 5.1. durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung(-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- 5.2. unmittelbar oder mittelbar durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person; Versicherungsschutz besteht jedoch bei Unfällen beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen infolge von Trunkenheit der versicherten Person; jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 ‰ nicht übersteigt und die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles nicht unter Drogeneinfluss stand;
- 5.3. unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter aktiv teilgenommen hat. Versicherungsschutz besteht jedoch infolge passiver oder aktiver Teil-

nahme an inneren Unruhen und sonstigen gewalttätigen Auseinandersetzungen, sofern die versicherte Person nicht auf Seiten der Unruhestifter stand;

5.4. durch Kriegereignisse; bei Kriegereignissen außerhalb der Republik Österreich werden wir jedoch leisten, wenn die Beeinträchtigung unmittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten sieben Tage nach Ausbruch des Krieges ereignen;

5.5. durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten. Ein möglicher Leistungsanspruch für Schäden durch Kernenergie nach B. Ziffer 2.3.7 oder B. Ziffer 2.3.8 (Krebserkrankungen) bleibt hiervon unberührt;

5.6. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten die der versicherten Person dadurch zustoßen, dass sie sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligt, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeiten ankommt;

5.7. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten im Sinne von Ziffer 5.1.4 AUB.

Für die beruflichen Tätigkeiten besteht gemäß B. Ziffer 1.5 für alle 5 Leistungskomponenten weiterhin Versicherungsschutz.

5.8. anlässlich eines Aufenthaltes in Ländern, für die zum Zeitpunkt der Beeinträchtigung eine Reisewarnung des österreichischen Außenministeriums bestanden hat.

5.9. durch Unfälle oder daraus resultierende Krankheiten, die der versicherten Person als Fahrer(in) eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn der Blutalkoholgehalt der versicherten Person zum Zeitpunkt des Unfalles über 1,3 ‰ lag oder die versicherte Person zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

6. Wartezeit

6.1. Für die Erbringung einer Leistung aus dem Organ-/Grundfähigkeiten-/Pflege-/Dread-Disease-Konzept besteht für die Krankheiten Multiple Sklerose (MS) und Krebs eine Wartezeit.

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

6.3. Die Wartezeit beträgt bei Krebs sechs Monate und bei MS 12 Monate.

6.4. Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von MS und/oder Krebs sowie anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, ist diese Krankheit nicht mitversichert. Die daraus resultierenden Krankheitsfolgen sind dauerhaft ausgeschlossen. Die nachträgliche Umdeutung primär unauffällig interpretierter Befunde bleibt unberücksichtigt.

7. Prämienanpassungsklausel

7.1. Prüfung der Prämien

Um die dauernde Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungsverträgen und eine risikogerechte Tarifierung sicherzustellen, ist der Versicherer berechtigt und verpflichtet, alle fünf Jahre – erstmalig im Jahr 2019, danach alle 5 Jahre - durch eine neue Kalkulation der Beiträge für bestehende Verträge zu überprüfen, ob die Beiträge beibehalten werden können oder ob eine Anpassung (Erhöhung oder Absenkung) vorgenommen werden muss.

7.2. Regeln der Prüfung

Bei der Prüfung der Beiträge gelten folgende Regeln:

(1) Sie ist stets auf der Basis einer ausreichend großen Zahl abgrenzbarer Risiken durchzuführen. Wir wenden darüber hinaus die anerkannten Grundsätze der Versicherungsmathematik und Versicherungstechnik an.

(2) Versicherungsverträge, die nach versicherungsmathematischen Grundsätzen einen gleichartigen Risikoverlauf erwarten lassen, werden bei der Überprüfung in Risikogruppen zusammengefasst.

(3) Im Rahmen der Prüfung vergleichen wir, ob sich

- die technischen Berechnungsgrundlagen (z.B. Sterbetafeln, Krankenhausstattiken) zur Ermittlung der erwarteten Schadenaufwendungen,

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

• die in den Risikogruppen beobachtete gegenüber der in den technischen Berechnungsgrundlagen kalkulierte Anzahl von Leistungsfällen bzw. die durchschnittlichen Schadenaufwendungen je Leistungsfall, verändert haben. Es dürfen hierbei nur Änderungen berücksichtigt werden, die sich seit der letzten Kalkulation der Beiträge ergeben haben. Der Ansatz für Gewinn sowie individuelle Beitragszu- und -abschläge bleiben außer Betracht.

(4) Von einer Beitragsanpassung wird abgesehen, wenn nach übereinstimmender Beurteilung durch uns und den Treuhänder die Veränderung der Versicherungsleistungen als nur vorübergehend anzusehen ist.

(5) Als Datengrundlage für die Kalkulation kommen unternehmensinterne und unternehmensübergreifende Daten in Betracht; unternehmensübergreifende Daten werden u.a. von der Deutschen Aktuar Vereinigung (DAV) bzw. der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin) zur Verfügung gestellt.

7.3. Prämienerrhöhung und Prämienerrmäßigung

Sofern die Überprüfung eine Veränderung von mindestens 5 Prozent (Bagatellgrenze) ergibt, ist der Versicherer im Falle einer Steigerung berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, die Beiträge für die bestehenden Versicherungsverträge mit Wirkung ab Beginn des nächsten Versicherungsjahres anzupassen. Wird bei der Überprüfung eine Veränderung von weniger als 5 Prozent festgestellt, findet eine Prämienanpassung nicht statt.

7.4. Vergleich mit Beiträgen für neue Verträge

Sind die ermittelten Beiträge für bestehende Verträge höher als die Beiträge für neu abzuschließende Verträge und enthalten die Tarife für bestehende und für die neu abzuschließenden Verträge die gleichen Beitragsberechnungsmerkmale und den gleichen Umfang des Versicherungsschutzes, kann der Versicherer für die bestehenden Verträge höchstens die Beiträge für neu abzuschließende Verträge verlangen.

7.5. Vortrag

Ungenutzte Veränderungen oberhalb der Bagatellgrenze bzw. unberücksichtigte Anpassungen unterhalb der Bagatellgrenze und unberücksichtigte Veränderungen oberhalb der Neuvertragsbeiträge im Sinne von (e) werden vorgetragen. Aufgrund des in Satz 1 geregelten Vortrags können zunächst ungenutzte bzw. unberücksichtigte Erhöhungen zu einem späteren Zeitpunkt nachgeholt werden. Reduzierungen werden zwingend nachgeholt, sobald die Bagatellgrenze überschritten wurde.

7.6. Einbindung eines Treuhänders

Der Versicherer ist zu einer Anpassung der Beiträge nur berechtigt, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Beitragskalkulation und die Voraussetzungen (7.1) bis (7.5) überprüft sowie ihre Angemessenheit und Erforderlichkeit bestätigt hat.

7.7. Kündigung bei Prämienerrhöhung

Erhöht der Versicherer auf Grund des vereinbarten Anpassungsrechts die Beiträge, kann der Versicherungsnehmer den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung der Beitragserhöhung mit sofortiger Wirkung, frühestens jedoch zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Erhöhung, kündigen. Der Versicherer hat den Versicherungsnehmer in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hinzuweisen. Die Mitteilung muss dem Versicherungsnehmer spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Erhöhung der Beiträge zugehen.

8. Bedingungsanpassungsklausel

Diese Versicherungsbedingungen können wir auch nachträglich

8.1. bei Änderungen von Gesetzen, e betroffenen Bestimmungen beruhen, oder

8.2. bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, auf denen die

durch neue Regelungen ersetzen, wenn die Änderung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragsziels der Versicherungsnehmer der Multi-Rente angemessen berücksichtigt.

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

9. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zugrunde liegenden Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente oder die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung ausschließlich zum Vorteil des Versicherungsnehmers und ohne Mehrprämie geändert (Bedingungsverbesserung), so gelten die neuen Bedingungen mit sofortiger Wirkung auch für diesen Vertrag.

10. Leistungsgarantie gegenüber GDV-Musterbedingungen

Weichen die dem Vertrag zugrunde liegenden Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente oder die Allgemeinen Bedingungen für die Unfallversicherung zum Nachteil des Versicherungsnehmers von den durch den Gesamtverband der Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Bedingungen zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses ab, wird der Versicherer auf Wunsch des Versicherungsnehmers nach diesen Bedingungen regulieren. Diese Garantie bezieht sich ausschließlich auf die Leistungsart Invalidität durch Unfall. Der Ausschluss für Unfälle bei den unter C. 2. genannten beruflichen Tätigkeiten wird von der Leistungsgarantie nicht umfasst.

Die unter B. Ziffer 1.2 aufgeführte Voraussetzung für die Leistungserbringung (Vorliegen eines Invaliditätsgrades von mindestens 50 %) bleibt weiterhin bestehen.

11. Altersstufenlogik

11.1. Der Beitrag richtet sich nach der Beitragsgruppe des erreichten Alters. Die Beitragsgruppen können aus einem einzigen Alter bestehen oder mehrere Alter umfassen. Der Versicherer teilt dem Versicherungsnehmer bei Vertragsschluss die Beitragsgruppen und die zugehörigen Beiträge mit. Als erreichtes Alter gilt das zur Hauptfälligkeit erreichte Alter der versicherten Person.

11.2. Bei Beitragsänderungen durch Eintritt in eine andere Beitragsgruppe, passt der Versicherer besonders vereinbarte Risikozuschläge im Verhältnis der Veränderung an.

11.3. Erhöht sich der Beitrag wegen Eintritts in eine andere Beitragsgruppe, kann der Versicherungsnehmer das Versicherungsverhältnis hinsichtlich der betroffenen versicherten Person binnen zwei Monaten nach der Änderung zum Zeitpunkt deren Inkrafttretens kündigen.

D. Rentenleistung

1. Zeitpunkt der Rentenleistung

Die Rentenleistung erfolgt ab dem Datum des Eintritts/der erstmaligen Diagnose der festgelegten Leistungsvoraussetzungen, jedoch nicht länger als 6 Monate rückwirkend nach der Meldung beim Versicherer. Abweichend hiervon erfolgt die Rentenleistung gemäß Leistungsart B. Ziffer 1 (Unfallrente) rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich der Unfall ereignet hat.

2. Höhe der Leistung

Wir zahlen die Rente unabhängig vom Lebensalter der versicherten Person in Höhe der vereinbarten Rentensumme.

3. Allgemeine Voraussetzungen für die Rentenleistung

3.1. Benachrichtigen Sie uns unverzüglich, sobald eine Beeinträchtigung der jeweiligen Leistungsart vorliegen könnte und suchen Sie umgehend einen Arzt auf. Wenn Sie uns eine Beeinträchtigung nicht zeitnah melden oder nicht umgehend einen Arzt aufsuchen, kann dies Nachteile für Sie bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben, da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen irreversiblen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss. Ergänzend zu Ziffer 7.1 AUB liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie bei zunächst geringfügig erscheinenden Gesundheitsbeeinträchtigungen erst dann einen Arzt hinzuziehen und uns unterrichten, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird. Die Anordnungen des Arztes sind zu befolgen, eine generelle Verpflichtung der versicherten Person sich einer Operation zu unterziehen, besteht jedoch nicht.

3.2. Uns sind eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen. Die ärztlichen Gebühren, die dem Versicherungsnehmer zur Begründung des Leistungsanspruchs entstehen, übernimmt der Versicherer in angemessener Höhe, wenn und soweit dem Versicherungsnehmer bzw. der versicherten Person ein Anspruch auf Ersatz seiner Kosten durch Dritte nicht zusteht.

3.3. Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns beauftragte Personen verlangen. Des Weiteren können wir auch Auskünfte über Ihre wirtschaftlichen Verhältnisse verlangen.

Zusatzbedingungen zu Ihrer Janitos Multi-Rente Best Selection für Erwachsene

3.4. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige medizinische Einrichtungen, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, und Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- bzw. Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die versicherte Person hat die Möglichkeit, diese Ermächtigungen in Form einer allgemeinen Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben. Für die mit jeder Einzelfallermächtigung verbundenen Mehrkosten können wir eine angemessene Kostenbeteiligung verlangen. Es steht Ihnen frei, diese Erklärungen mit Wirkung für die Zukunft jederzeit ganz oder teilweise zu widerrufen.

3.5. Wir sind verpflichtet, nach Abschluss der Heilbehandlung – spätestens aber 3 Monate nach Beantragung einer Leistung und Einreichung der erforderlichen Unterlagen – die Prüfung der Leistungsvoraussetzungen vorzunehmen.

3.6. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die nach D. Ziffer 3.3 erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die hierbei anfallenden Untersuchungskosten sowie angemessene Reisekosten übernehmen wir.

3.7. Es liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie oder die versicherte Person die Schadenmeldung innerhalb des ersten Jahres vom Schadentag an gerechnet bei uns einreichen.

4. Pflichten der versicherten Person während der Rentenleistung

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

4.2. Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der jeweiligen Beeinträchtigung und ihren Umfang zu überprüfen. Dies gilt nur innerhalb unserer Reaktivierungsfrist von 3 Jahren.

Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und (einmal) jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

D. Ziffer 3.3, D. Ziffer 3.4, D. Ziffer 3.5 und D. Ziffer 3.6 gelten entsprechend.

4.3. Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, Lebensbescheinigungen anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

4.4. Wenn die vorgenannten Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich nicht erfüllt werden, können wir die Rentenleistung zur nächsten Fälligkeit einstellen.

4.5. Wir überweisen die monatliche Rente auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

5. Folgen bei Verletzung von Pflichten

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

6. Dynamisierung der Rentenleistung (sofern vereinbart)

6.1. Dynamisierung während der Vertragslaufzeit (Aktivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung von Prämie und Leistung (Aktivdynamik) vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung für ihre Versicherung um den im Versicherungsschein angegebenen jährlichen Steigerungssatz.

6.1.1. Ihre Prämien erhöhen sich nach dem dann gültigen Tarif bzw. Produktvariante abhängig vom Alter der versicherten Person

6.1.2. Prämien und Versicherungsleistungen erhöhen sich jeweils zur nächsten Hauptfälligkeit.

6.1.3. Die planmäßige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Wochen nach dem Fälligkeitsdatum in Textform widersprechen.

Sollten Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

6.1.4. Die Dynamik tritt automatisch außer Kraft, sobald der Rentenanspruch den zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen in den Annahmerichtlinien angegebenen Höchstrentenbetrag erreicht hat. Sofern durch die Dynamisierung der zum Zeitpunkt der Anpassung in den Annahmerichtlinien festgelegte Höchstbetrag überschritten werden würde, wird maximal nur auf diesen Höchstbetrag angepasst.

6.1.5. Dabei wird der Betrag der versicherten Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

6.2. Dynamisierung während des Leistungsfalls (Passivdynamik)

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Rente nach Eintritt des Versicherungsfalls vereinbart haben, steigt die versicherte monatliche Rente jährlich um den im Versicherungsschein angegebenen Prozentsatz jeweils zum 1.1. eines jeden Jahres; erstmals zum 1.1. des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Jahres. Dabei wird der Betrag der Multi-Rente auf volle Euro mathematisch gerundet.

7. Arbeitslosigkeit

Bei Arbeitslosigkeit gilt folgende Regelung:

Bei einer unverschuldeten Arbeitslosigkeit, die bei Ihnen als Versicherungsnehmer vor Vollendung des 58. Lebensjahres eintritt, wird der Versicherungsvertrag unter Erfüllung der nachfolgenden Kriterien beitragsfrei gestellt:

Arbeitslosigkeit liegt vor, wenn Sie als Versicherungsnehmer keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen, bei der Agentur für Arbeit als arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld oder -hilfe beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Waren Sie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen beschäftigt, bestand der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate und ist die Prämie bei Eintritt der Arbeitslosigkeit bezahlt, so wird der Versicherungsvertrag ab der, der Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgender Fälligkeit für bis zu 6 Monate beitragsfrei gestellt. Sollten Sie während dieser 6 Monate eine Beschäftigung annehmen und dann erneut arbeitslos werden, wird der Versicherungsvertrag ab der, der erneuten Arbeitslosigkeit bzw. der Meldung bei uns folgenden Fälligkeit nochmals beitragsfrei gestellt.

Die Beitragsfreistellung des Versicherungsvertrages gilt insgesamt für maximal 6 Monate. Selbstständige gelten als arbeitslos, wenn sie ihre selbstständige Tätigkeit, außer durch Arbeitsunfähigkeit, unfreiwillig und nicht nur vorübergehend eingestellt haben (z. B. durch Konkurs) und sich aktiv um Arbeit bemühen, eine Beitragsfreistellung als Selbständiger kann maximal 1-mal während der Vertragslaufzeit in Anspruch genommen werden.

Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen. Die entsprechenden Nachweise über die Arbeitslosigkeit sind von Ihnen zu erbringen.

Kein Anspruch auf Beitragsfreistellung besteht für Arbeitslosigkeit, die bei Antragstellung bereits bekannt oder schriftlich angekündigt war.

8. Wirksamkeit von Erklärungen und Mitteilungen

In Ergänzung zu Ziffer 17 AUB werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen und uns zugegangen sind.