

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die DELA *aktiv* Leben plus⁺ Risikolebensversicherung

(Tarif 1.0)

A. Risikolebensversicherung – Leistungsbeschreibung

1. Ihr Vertrag

Sie haben eine Risikolebensversicherung abgeschlossen. Damit sind Sie Kunde der DELA Natura- en levensverzekeringen N.V., die, wie eine Genossenschaft, ausschließlich ihren Mitgliedern, also Ihnen, verpflichtet ist.

2. Versicherte Personen

Versichert ist die Person, auf deren Leben die Versicherung genommen wird. Der Versicherungsnehmer, der die Versicherung abschließt, kann, muss aber nicht, versicherte Person sein.

3. Beginn des Versicherungsschutzes – Leistungsfreiheit

- (1) Der Versicherungsschutz beginnt mit dem im Versicherungsschein vereinbarten Zeitpunkt.
- (2) Der Versicherer ist allerdings nicht zur Leistung verpflichtet, wenn die einmalige oder Erstprämie bei Eintritt des Versicherungsfalles nicht gezahlt ist, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat die Nichtzahlung nicht zu vertreten.

4. Sofortiger Versicherungsschutz

Bei Unfalltod gewähren wir der versicherten Person sofortigen Versicherungsschutz in Höhe der Versicherungssumme, maximal jedoch 200.000 Euro. Der Versicherungsschutz beginnt mit Eingang des vollständig ausgefüllten Antrages und endet mit dem Zustandekommen des Hauptvertrags bzw. maximal nach 2 Monaten; eine gesonderte Prämie wird für diesen ergänzenden Versicherungsschutz nicht erhoben. Kommt der Hauptvertrag aus Gründen, die nichts mit dem Unfalltod zu tun haben, nicht zustande, so erlischt die vorläufige Deckung von Anfang an.

5. Unsere Leistung: Ihre Versicherungssumme

- (1) Verstirbt die versicherte Person innerhalb der vereinbarten Vertragsdauer (Sie finden die Vertragsdauer im Versicherungsschein), so zahlen wir die vereinbarte Versicherungssumme. Bitte beachten Sie die Leistungsgrenzen in Nr. 15 bis 18.
- (2) Die Höhe der Versicherungssumme, die wir auszahlen, ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein. Sie haben folgende Wahlmöglichkeiten:
 - a) Die Versicherungssumme bleibt während der gesamten Versicherungsdauer gleich.
 - b) Die Versicherungssumme sinkt jährlich mit einem gleichbleibenden Betrag oder – nach Ihrer Wahl – prozentual. Die Einzelheiten finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

5a. Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit

- (1) Wenn Sie die Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit gewählt haben (das ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein), zahlen wir bei Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall, zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme, einmalig 10 % der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 100.000 Euro, wenn eine oder mehrere dieser Diagnosen bei der versicherten Person fachärztlich nachgewiesen werden.
- (2) Wenn Sie eine **fallende** Versicherungssumme gewählt haben, so verändert sich die Versicherungssumme so wie es im Versicherungsschein ausgewiesen ist.
- (3) Nach dieser Zahlung erlischt der Versicherungsschutz für diese einmalige Sofortzahlung. Wir erheben dafür nun auch keine Prämie mehr.
- (4) Die Voraussetzungen für die Sofortzahlung finden Sie in Teil C. Bitte schauen Sie sich die Voraussetzungen genau und in Ruhe an.
- (5) Sie können die Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit jederzeit, unter Einhaltung einer Frist von einem Monat, für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode abwählen.

5b. Zusatzoption Sofortzahlung Pflege

- (1) Wenn Sie die Zusatzoption Sofortzahlung Pflege gewählt haben (das ergibt sich aus dem Versicherungsschein), zahlen wir zusätzlich zur vereinbarten Versicherungssumme einmalig 25% der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 200.000 Euro, wenn die versicherte Person pflegebedürftig wird.
- (2) Wenn Sie eine **fallende** Versicherungssumme gewählt haben, so verändert sich die Versicherungssumme so wie es im Versicherungsschein ausgewiesen ist.
- (3) Nach dieser Zahlung erlischt der Versicherungsschutz für diese einmalige Sofortzahlung. Wir erheben dafür nun auch keine Prämie mehr.
- (4) Wir leisten keine Sofortzahlung, wenn die Pflegebedürftigkeit auf Umständen beruht, bei denen auch im Todesfall keine Leistung gewährt wird. Diese Fälle finden Sie in Nr. 15, 16 und 18.
- (5) Die Voraussetzungen für die Sofortzahlung finden Sie in Teil C. Bitte schauen Sie sich die Voraussetzungen genau und in Ruhe an.
- (6) Sie können die Zusatzoption Sofortzahlung Pflege jederzeit, unter Einhaltung einer Frist von einem Monat, für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode abwählen.

5c. Zusatzschutz für Kinder plus⁺

- (1) Stirbt die versicherte Person innerhalb von 6 Monaten nach Geburt oder Adoption eines Kindes, so erhöht sich die Versicherungssumme um 25 %, höchstens um 100.000 Euro.
- (2) Darüber hinaus wird die Versicherungssumme bei Tod einer versicherten Person für jedes Kind unter 7 Jahren um 5 % der Versicherungssumme erhöht, höchstens aber insgesamt um 50.000 Euro.
- (3) Ferner wird die im Versicherungsschein vereinbarte Versicherungssumme um 25 %, höchstens um 100.000 Euro erhöht, wenn es bei Tod der versicherten Person mindestens ein unterhaltspflichtiges Kind gibt und wenn innerhalb von 3 Monaten nach dem Tod der versicherten Person auch der Partner (Ehepartner oder eingetragene Partnerschaft) verstirbt.
- (4) Die Höchstsumme für alle Fälle, die den Zusatzschutz für Kinder nach Abs. 1 bis 3 auslösen, beträgt insgesamt 150.000 Euro pro versicherter Person.

5d. Zusatzschutz bei Pflege plus⁺

- (1) Die Versicherungssumme wird um 25%, höchstens um 100.000 Euro, erhöht, wenn die versicherte Person vor dem Zeitpunkt ihres Todes einen nahen Angehörigen (gemeint sind Partner, Kinder, Adoptivkinder, Geschwister, Eltern oder Schwiegereltern) im häuslichen Umfeld am Wohnsitz der versicherten Person gepflegt hat.
- (2) Voraussetzung für die Erhöhung der Versicherungssumme ist, dass die Pflegekasse der zu pflegenden Person mindestens den Pflegegrad 2 bewilligt und an sie mindestens 6 Monate vor dem Tod der versicherten Person Pflegegeld gezahlt hat.

6. Überschussbeteiligung

Eine Überschussbeteiligung ist neben der garantierten Versicherungssumme ausgeschlossen.

7. Vertragsende plus⁺

- (1) Der Vertrag endet mit Eintritt des Versicherungsfalles aller versicherten Personen, durch vorzeitige Kündigung oder – spätestens – mit Ablauf der im Versicherungsschein genannten Vertragsdauer.
- (2) Der Vertrag kann bei einer Versicherungssumme von höchstens 600.000 Euro von der versicherten Person ohne Gesundheitsprüfung bis zur Vollendung des 55. Lebensjahres um bis zu 15 Jahre verlängert werden. Der Antrag auf Verlängerung muss spätestens 3 Jahre vor Vertragsende gestellt werden. Im Falle einer Verlängerung wird die neue Prämie von diesem Zeitpunkt an festgesetzt.

8. Erhöhung der Versicherungssumme plus⁺

- (1) Für versicherte Personen, die höchstens 55 Jahre alt sind, können Sie die Versicherungssumme schrittweise um maximal 100.000 Euro erhöhen. Die Erhöhung kann alle 5 Jahre für mindestens 2.500 Euro und höchstens 25.000 Euro beantragt werden. Der Antrag auf Erhöhung muss spätestens 5 Jahre vor Vertragsende gestellt werden.
- (2) Zusätzlich können Sie nach Immobilienerwerb, Hausbau, Geburt, Adoption, Heirat oder Scheidung die Versicherungssumme für Personen, die höchstens 55 Jahre alt sind, um mindestens 2.500 Euro bis höchstens 25.000 Euro ohne Gesundheitsprüfung erhöhen. Der Antrag auf Erhöhung kann nur innerhalb von 6 Monaten nach einem der eben beschriebenen Ereignisse gestellt werden.
- (3) Die Summe mehrerer Erhöhungen ohne Gesundheitsprüfung nach diesem Vertrag und allen weiteren Verträgen bei der DELA-Gruppe darf höchstens 150.000 Euro pro versicherter Person betragen.
- (4) Das Recht zur Erhöhung der Versicherungssumme besteht nicht, wenn Sie mit der Prämienzahlung in Verzug sind oder wenn die Aufsichtsbehörde Maßnahmen zur Beseitigung der Notlage eines zur DELA-Gruppe gehörenden Versicherungsunternehmens (§ 314 Versicherungsaufsichtsgesetz) ergreift.
- (5) Das Recht auf Erhöhung der Versicherungssumme erlischt, wenn die älteste versicherte Person das Alter von 75 Jahren erreicht hat.
- (6) In jedem Fall können Sie die Erhöhung der Versicherungssumme bei uns jederzeit beantragen. Wir teilen Ihnen dann mit, ob eine Erhöhung – mit oder ohne Gesundheitsprüfung – möglich ist und wie hoch die Prämie für die zusätzlich beantragte Versicherungssumme sein wird. Für den bereits bestehenden Versicherungsvertrag hat dieses Erhöhungsverlangen keine (negativen) Folgen.

9. Neufestsetzung der vereinbarten Prämie

Der Versicherer ist ausnahmsweise zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn bei Vertragsschluss nicht erkennbare Entwicklungen im Risikoverlauf zu Abweichungen gegenüber den Kalkulationsannahmen führen, sodass die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung nicht gewährleistet ist. Ein unabhängiger Treuhänder überprüft und bestätigt die Neufestsetzung der Prämie. Die Neufestsetzung durch den unabhängigen Treuhänder wird durch die Mitgliederversammlung der Genossenschaft beschlossen. Die weiteren Einzelheiten dieses gesetzlichen Prämienanpassungsrechts, das dem Schutz beider Vertragsparteien dient, enthält § 163 Versicherungsvertragsgesetz.

10. An wen leisten wir – Bezugsrecht?

- (1) Der Versicherungsnehmer oder seine Erben haben Anspruch auf die Versicherungsleistung, sofern keine andere Person als bezugsberechtigter benannt ist.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann das Bezugsrecht jederzeit vor Eintritt des Versicherungsfalles widerrufen oder einen anderen Bezugsberechtigten bestimmen.
- (3) Der Versicherungsnehmer kann stattdessen ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald uns diese Erklärung schriftlich oder „in Textform“ zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit schriftlicher Zustimmung des benannten Bezugsberechtigten aufgehoben oder geändert werden.

- (4) Wir werden im Fall einer Nachfrage den unwiderruflich Bezugsberechtigten über eventuelle Zahlungsrückstände aus dem Versicherungsvertrag unterrichten. Der unwiderruflich Bezugsberechtigte erhält die Gelegenheit, die Rückstände auszugleichen.
- (5) Sind in dem Zeitpunkt, in dem die Versicherungsleistung fällig wird, mehrere Bezugsberechtigte vorhanden, so wird die Leistung zu gleichen Teilen ausgezahlt, es sei denn, der Versicherungsnehmer hat uns in Textform ausdrücklich eine andere Weisung erteilt.

11. Vorauszahlung an die versicherte Person plus⁺

- (1) Auf Antrag zahlen wir an die versicherte Person 100% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn bei ihr fachärztlich eine Lebenserwartung von höchstens 12 Monaten bestätigt wird. Der Anspruch auf Vorauszahlung besteht jedoch nicht, wenn die Restlaufzeit des Versicherungsvertrages kürzer als die ärztlich bescheinigte Lebenserwartung ist.
- (2) Besteht ein unwiderrufliches Bezugsrecht oder ist der Anspruch auf die Versicherungssumme abgetreten oder verpfändet, so benötigen wir für die Vorauszahlung die Zustimmung des Rechtsinhabers.
- (3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären.
- (4) Etwaige Rückstände in der Prämienzahlung, Verzugszinsen und Verwaltungskosten werden mit der Vorauszahlung verrechnet.
- (5) Wir leisten keine Vorauszahlung, wenn die Verkürzung der Lebenserwartung auf Umständen beruht, bei denen auch im Todesfall keine Leistung gewährt wird. Diese Fälle finden Sie in Ziffer 15, 16 und 18.
- (6) Mit der Vorauszahlung endet der Versicherungsvertrag für die versicherte Person, an die gezahlt wurde.

12. Nichtraucher-Tarif

- (1) Sie können den günstigen Nichtraucher-Tarif nur dann wählen, wenn die versicherte Person vor Vertragsschluss mindestens 12 Monate keine nikotinhaltigen Produkte konsumiert hat. Dazu gehören auch E-Zigaretten und Wasserpfeifen ebenso wie Nikotinpflaster oder -Kaugummis/-Tabletten (die Aufzählung ist nicht abschließend).
- (2) Auf Antrag kann auch während der Vertragslaufzeit auf den Nichtraucher-Tarif umgestellt werden. Voraussetzung ist, dass jede versicherte Person 12 Monate hintereinander keine nikotinhaltigen Produkte konsumiert hat. Hierzu muss eine schriftliche Bestätigung mit Datum und Unterschrift der versicherten Person eingereicht werden. Akzeptieren wir diese Bestätigung, so werden wir auf den Nichtraucher-Tarif zum ersten Tag des Folgemonats umstellen.
- (3) Sollte eine versicherte Person (wieder) mit dem Rauchen beginnen oder andere nikotinhaltige Produkte konsumieren, so sind Sie als Versicherungsnehmer und die versicherte Person verpflichtet, dies bei uns unverzüglich zu melden. Von diesem Moment an gilt der Raucher-Tarif.
- (4) Erlangen wir Kenntnis davon, dass die versicherte Person wieder Nikotin konsumiert, beschränkt sich die versicherte Leistung bei Tod der versicherten Person auf 50 % der für diesen Fall vereinbarten Versicherungssumme. Bei Eintritt des Todesfalls durch Unfall folgen leisten wir 100 % der vereinbarten Versicherungssumme.
- (5) Wir können jederzeit verlangen, dass die versicherte Person ihr Nikotinverhalten durch einen Arzt untersuchen lässt. Die Kosten der Untersuchung werden von uns übernommen.

13. Trauerberatung

- (1) Nach einem Versicherungsfall können die von der Versicherung begünstigten Personen auf Antrag einen von der DELA bestellten Trauerberater in Anspruch nehmen. Der Trauerberater hilft bei psychologischen, praktischen und finanziellen Fragen, die infolge des Sterbefalles geregelt werden müssen.
- (2) Die Kosten für die erste Trauerberatung werden von der DELA übernommen. Etwaige Folgeberatungen sind kostenpflichtig.

14. Versicherungsschutz bei Wehr-/Polizeidienst und inneren Unruhen

Wir gewähren auch dann Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person in Ausübung ihres Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen den Tod gefunden hat.

15. Versicherungsschutz bei Krieg

- (1) Wir gewähren auch dann Versicherungsschutz, wenn die versicherte Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland infolge kriegerischer Ereignisse, an denen sie nicht aktiv beteiligt war, verstirbt.
- (2) Verstirbt die versicherte Person durch kriegerische Ereignisse, an denen sie aktiv beteiligt war, besteht kein Versicherungsschutz. Das Gleiche gilt, wenn diese Ereignisse die Lebenserwartung der versicherten Person mittelbar oder unmittelbar verkürzen oder ihre Pflegebedürftigkeit herbeigeführt haben.

16. Kein Versicherungsschutz bei ABC-Stoffen

- (1) Stirbt die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
 - dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder
 - dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, so besteht kein Versicherungsschutz.

Das Gleiche gilt, wenn durch diesen Einsatz die Lebenserwartung der versicherten Person mittelbar oder unmittelbar verkürzt, oder ihre Pflegebedürftigkeit herbeigeführt wird.

- (2) Der Einsatz beziehungsweise das Freisetzen muss darauf gerichtet gewesen sein, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

17. Versicherungsschutz bei Selbsttötung

- (1) Bei Selbsttötung der versicherten Person leisten wir dann, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags drei Jahre vergangen sind.
- (2) Vor Ablauf der Drei-Jahres-Frist leisten wir dann, wenn die Selbsttötung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

18. Keine Leistung bei vorsätzlicher Tötung

- (1) Wir sind von der Verpflichtung zur Leistung frei, wenn der Versicherungsnehmer den Tod der versicherten Person vorsätzlich, also wissentlich und willentlich, durch eine widerrechtliche Handlung herbeiführt. Das Gleiche gilt, wenn der Versicherungsnehmer vorsätzlich die Lebenserwartung der versicherten Person mittelbar oder unmittelbar verkürzt.
- (2) Führt der Bezugsberechtigte vorsätzlich durch eine widerrechtliche Handlung den Tod, die mittelbare oder unmittelbare Verkürzung der Lebenserwartung oder die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbei, so gilt die Bezugsberechtigung als nicht erfolgt. Die Leistung steht in diesem Fall dem Versicherungsnehmer oder dessen Erben zu.

B. Allgemeine Versicherungsbedingungen

19. Prämienzahlung

- (1) Die Prämien sind – je nach Vereinbarung – in einem einzigen Betrag oder durch laufende Prämien zu entrichten.
- (2) Sie können monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder auch jährliche Prämienzahlung vereinbaren.
- (3) DELA zieht die Prämie per SEPA-Lastschrift ein.

20. Ende der Prämienzahlungspflicht

- (1) Die Pflicht zur Prämienzahlung endet mit Ablauf der Prämienzahlungsdauer, bei Vorauszahlung oder dem Tod aller versicherten Personen.
- (2) Bestehen zu diesem Zeitpunkt Prämienrückstände, so werden diese mit der Versicherungsleistung verrechnet. Dies gilt auch dann, wenn die Leistung einem berechtigten Dritten zustehen sollte.
- (3) Bei vorzeitiger Vertragsbeendigung werden wir eine angemessene Geschäftsgebühr (§ 39 VVG) berechnen.

21. Kein Versicherungsschutz vor Zahlung der ersten Prämie

- (1) Die erste Prämie wird von uns per Lastschrift zum Versicherungsbeginn innerhalb von zwei Wochen abgebucht. Damit Sie nicht in Zahlungsverzug geraten, nutzen wir das SEPA-Lastschriftverfahren.
- (2) Ist die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalls nicht gezahlt, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie genießen sofortigen Versicherungsschutz oder Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (3) Wird die erste Prämie nicht rechtzeitig gezahlt, so sind wir, solange die Zahlung nicht bewirkt ist, zum Rücktritt vom Vertrag berechtigt, es sei denn, Sie haben die Nichtzahlung nicht zu vertreten.
- (4) Bei Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten einer zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchung ersetzt verlangen. Außerdem dürfen wir von Ihnen eine Pauschale für die Vertragsbearbeitung verlangen, die dem durchschnittlichen Aufwand entspricht, den wir für die Ausfertigung Ihres Vertrags hatten, höchstens jedoch 100,00 Euro.

22. Folgeprämie – verspätete Zahlung

- (1) Wird eine Folgeprämie nicht rechtzeitig gezahlt, so können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist bestimmen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen. Die Bestimmung ist nur wirksam, wenn wir die rückständigen Beträge der Prämie, Zinsen und Kosten im Einzelnen beziffern und die Rechtsfolgen angeben, die mit dem Fristablauf verbunden sind.
- (2) Tritt der Versicherungsfall nach Fristablauf ein und sind Sie zu dieser Zeit mit der Zahlung der Prämie oder der Zinsen oder der Kosten in Verzug, so sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (3) Wir können nach Fristablauf den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, wenn Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind. Die Kündigung kann mit der Bestimmung der Zahlungsfrist so verbunden werden, dass sie mit Fristablauf wirksam wird, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt mit der Zahlung noch in Verzug sind. Hierauf werden wir Sie ausdrücklich hinweisen.
- (4) Die Kündigung wird unwirksam, wenn Sie innerhalb eines Monats nach der Kündigung, oder wenn Sie mit der Fristbestimmung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf, die Zahlung leisten.
- (5) An der Tatsache, dass vor der Reaktivierung Ihres Vertrags kein Versicherungsschutz besteht, ändert dies allerdings nichts.

23. Kündigung oder Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung

- (1) Bis zum Tod der versicherten Person können Sie Ihren Vertrag jederzeit unter Einhaltung einer Frist von einem Monat für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode kündigen, die teilweise Beitragsfreistellung oder die Umstellung in eine prämienfreie Versicherung verlangen.
- (2) Für die Umwandlung ist Voraussetzung, dass die Versicherungssumme nach Prämienfreistellung den Mindestbetrag von 10.000,00 Euro erreicht.
- (3) Wird dieser Mindestbetrag bei der Umwandlung nicht erreicht, so erlischt der Vertrag.
- (4) Zur Überbrückung bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie eine befristete Beitragsfreistellung mit Wiederinkraftsetzung ohne erneute Gesundheitsprüfung verlangen.
- (5) Die prämienfreie Versicherungssumme wird bei Umwandlung nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation berechnet. Einen Prämienrückstand werden wir mit dem Deckungskapital verrechnen.

(6) Die Einzelheiten können Sie der Umwandlungstabelle am Ende des Produktinformationsblatts entnehmen.

24. Wahrheitspflicht – Leistungsfreiheit bei Verletzung

- (1) Wir sind darauf angewiesen, dass Sie uns vor Ihrer Vertragserklärung (Antragsstellung) alle Gefahrumstände, z. B. Erkrankungen oder gesundheitliche Störungen oder Beschwerden, nach denen wir Sie in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzeigen.
- (2) Wird das Leben anderer Personen versichert, so wird Ihnen das Wissen dieser Personen wie eigenes zugerechnet.
- (3) Verletzen Sie Ihre Anzeigepflicht, so können wir vom Vertrag zurücktreten, es sei denn, Sie haben die Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt. In diesem Fall verzichten wir auf unsere Rechte gemäß §19 VVG den Vertrag zu kündigen oder Vertragsänderungen durchzuführen.
- (4) Im Fall des Rücktritts sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen Umstand, der weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich ist. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- (5) Unser Rücktrittsrecht wegen grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht und unser Kündigungsrecht sind ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- (6) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung die Prämie um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, so können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.
- (7) Unser Rücktritts-, Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrecht erlischt 5 Jahre nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, so beträgt die Frist 10 Jahre.
- (8) Haben wir Kenntnis von der Verletzung der Anzeigepflicht erlangt, so müssen wir unser Rücktritts-, Kündigungs- oder Vertragsanpassungsrecht innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen.
- (9) Unser Recht, den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anzufechten, bleibt unberührt.

25. Abtretung – Verpfändung

- (1) Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag abtreten oder verpfänden.
- (2) Uns gegenüber werden Abtretungen/Verpfändungen erst dann wirksam, wenn Sie uns darüber in Textform in Kenntnis gesetzt haben.
- (3) Nach wirksamer Abtretung und Verpfändung können Sie über Ihre Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag nur noch mit schriftlicher Zustimmung des jeweiligen Gläubigers verfügen.

26. Kosten der Versicherung

- (1) Sämtliche Kosten der Versicherung – dazu gehören vor allem die Abschluss- und Vertriebskosten – sind in der Prämienkalkulation bereits pauschal berücksichtigt und werden deshalb nicht gesondert in Rechnung gestellt.
- (2) Die Kosten, die aufgrund von Zahlungserinnerungen bzw. Mahnungen entstehen, berechnen wir jeweils per Vorgang.
- (3) Angaben zur Höhe dieser Kosten sind dem Produktinformationsblatt zu entnehmen.

27. Nachweise im Versicherungsfall

- (1) Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich schriftlich anzuzeigen.
- (2) Wir sind erst dann zu einer Leistung aus dem Versicherungsvertrag verpflichtet, wenn uns folgende Schriftstücke vorliegen:
 - a) der Versicherungsschein
 - b) eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde
 - c) eine ausführliche ärztliche oder amtliche Bescheinigung über die Todesursache. Aus der Bescheinigung müssen sich Beginn und Verlauf der Krankheit oder Unfallfolgen, die zum Tod der versicherten Person geführt hat, ergeben.
 - d) im Erbfall:
 - ein Erbschein
 - das Testament, wenn vorhanden und sofern es keine namentlich benannten Bezugsberechtigten gibt
 - das Stammbuch, sofern es keinen namentlich benannten Bezugsberechtigten gibt
- (3) Wir können weitere Nachweise und Auskünfte verlangen, wenn dies erforderlich ist, um unsere Leistungspflicht zu klären.
- (4) Kosten, die mit den genannten Nachweisen verbunden sind, trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

28. Adressänderung

Bitte teilen Sie uns jede Änderung Ihrer Adresse bzw. E-Mail-Adresse unverzüglich mit.

29. Anwendbares Recht

Dieser Vertrag unterliegt deutschem Recht; Vertrags- und Kommunikationsprache ist Deutsch.

30. Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer zur Zeit der

Klage-erhebung seinen Wohnsitz oder seinen gewöhnlichen Aufenthalt hat. Für Klagen gegen den Versicherungsnehmer ist dieses Gericht ausschließlich zuständig.

- (2) Für Klagen gegen den Versicherer kann auch das für den Geschäftssitz des Versicherers örtlich zuständige Gericht oder das für die Niederlassung Deutschland örtlich zuständige Gericht oder auch das Gericht am Wohnsitz bzw. gewöhnlichen Aufenthalt des Versicherungsnehmers angerufen werden.
- (3) Hat der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt nach Abschluss des Versicherungsvertrags ins Ausland verlegt oder ist sein Wohnsitz oder Aufenthalt im Zeitpunkt der Klageerhebung nicht bekannt, so ist das Gericht am Geschäftssitz des Versicherers zuständig oder das Gericht am Sitz der Niederlassung Deutschland.

31. Ersatz unwirksamer Klauseln

- (1) Ist eine Klausel dieser Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde.
- (2) Die Neuregelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.
- (3) Die Neuregelung wird Ihnen mit den hierfür maßgeblichen Gründen mitgeteilt und zwei Wochen nach dieser Benachrichtigung Vertragsbestandteil.

32. Salvatorische Klausel

Sollte eine Klausel dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein, so berührt dies die Wirksamkeit der übrigen Klauseln nicht.

33. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde – Beschwerdestelle

- Beschwerdestelle:
Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 080632, 10006 Berlin
- Zuständige Aufsichtsbehörde in Deutschland:
Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Bereich Versicherungen, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
- Zuständige Aufsichtsbehörde in den Niederlanden:
De Nederlandsche Bank, Postbus 98, 1000 AB Amsterdam, Niederlande

Sollten Sie Anlass zu Beschwerden haben, melden Sie sich bitte bei uns. Wir bemühen uns um eine einvernehmliche Lösung. Darüber hinaus haben Sie selbstverständlich die Möglichkeit, sich an die vorgenannten Aufsichtsbehörden oder die Beschwerdestelle zu wenden.

34. Sicherungseinrichtung

Die DELA-Verträge gehören in den Niederlanden zur Sicherungseinrichtung.

Im – unwahrscheinlichen – Sicherungsfall besteht innerhalb der festgelegten Auffangregelungen eine Rückversicherung in Höhe der zu zahlenden Versicherungsleistungen. Alternativ wird versucht, den Vertrag mit einem anderen Anbieter fortzusetzen.

Zuständige Sicherheitseinrichtung in den Niederlanden ist: „De Nederlandsche Bank“, Westeinde 1, 1017 ZN Amsterdam bzw. Postbus 98, 1000 AB Amsterdam, Niederlande.

C. Leistungsbeschreibung der optionalen Zusatzversicherungen

I. Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit

35. Versicherungssumme

- (1) Wenn Sie die Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit gewählt haben (das ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein), zahlen wir bei Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall einmalig 10% der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 100.000 Euro, wenn eine oder mehrere dieser Diagnosen bei der versicherten Person fachärztlich nachgewiesen werden.
- (2) Nach dieser Zahlung erlischt der Versicherungsschutz für diese einmalige Sofortzahlung. Wir erheben dafür nun auch keine Prämie mehr.

36. Sofortzahlung bei Krebs

Die Sofortzahlung ist im Falle einer **Krebserkrankung** an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- wir **leisten**, wenn die versicherte Person nach fachärztlichem und histopathologischem Befund nachweislich an folgender Erkrankung leidet:
 - solider Tumor im Stadium II nach AJCC 8. Edition (American Joint Committee on Cancer) oder höher
 - Gehirntumor ab WHO II
- wir **leisten nicht** für:
 - alle Formen von Hautkrebs, außer dem malignem Melanom, wenn die oben genannten Bedingungen erfüllt sind.
 - Krebs, der auf der Grundlage des Auffindens von Tumorzellen oder tumorassozierten Molekülen in Blut, Speichel, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten diagnostiziert wird, wenn keine weiteren definitiven und klinisch überprüfbaren Beweise vorliegen.

37. Wartezeit bei Krebserkrankung

Unsere Leistungsverpflichtung entsteht, wenn zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten ärztlichen Diagnose der Krebserkrankung mindestens 6 Monate vergangen sind.

38. Sofortzahlung bei Herzinfarkt

Die Sofortzahlung ist im Fall eines **Herzinfarktes** an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- wir **leisten** bei einem Herzinfarkt. Gemeint ist das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr (Myokardinfarkt). Folgende Anzeichen müssen durch einen Facharzt für Kardiologie nachgewiesen werden:
 - charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Enzyme (zum Beispiel Troponine) **und**
 - neue, charakteristische Veränderungen am Elektrokardiogram (EKG) **oder**
 - andere positive Befunde in der diagnostischen Bildgebung.

Die Befunde müssen insgesamt einen **Myokardinfarkt definitiv nachweisen**.

- wir **leisten nicht** für:
 - andere akute koronare Syndrome
 - stabile, instabile und mikrovaskuläre Angina Pectoris

39. Sofortzahlung bei Schlaganfall

Die Sofortzahlung ist im Falle eines **Schlaganfalls** an folgende Voraussetzungen geknüpft:

- wir **leisten**, wenn ein Schlaganfall (Hirninfrakt), also eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, hervorgerufen durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung fachärztlich mittels CCT oder MRT nachgewiesen wird.
- unsere Leistungspflicht besteht nur dann, wenn **fachärztlich nachgewiesen** wird, dass eines der folgenden Symptome über mindestens 3 Monate ununterbrochen vorgelegen hat und nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar ist und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen wird:
 - halbseitige Lähmungen (Hemiplegie / Hemiparese)
 - Sprachstörungen (Aphasie)
 - Sehstörungen
 - Schluckstörungen
 - Epilepsie **oder**
 - Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).
- wir **leisten nicht** bei einer **vorübergehenden** neurologischen Ausfallerscheinung, zum Beispiel im Rahmen einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

40. Verrechnung der Leistung bei Tod

Stirbt die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach der Diagnose von Krebs, Herzinfarkt oder Schlaganfall, so entsteht **kein Anspruch** auf die Sofortzahlung. Wurde die Sofortzahlung bereits erbracht, so wird diese nun mit der fällig werdenden Todesfallleistung aus dieser Risikolebensversicherung verrechnet.

II. Zusatzoption Sofortzahlung Pflege

41. Versicherungssumme

- (1) Wenn Sie die Zusatzoption Sofortzahlung Pflege gewählt haben (dies ergibt sich aus Ihrem Versicherungsschein), zahlen wir einmalig 25% der vereinbarten Versicherungssumme, höchstens jedoch 200.000 Euro, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig wird.
- (2) Nach dieser Zahlung erlischt der Versicherungsschutz für diese einmalige Sofortleistung. Wir erheben dafür nun auch keine Prämie mehr.

42. Sofortzahlung bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Voraussetzung für unsere Sofortzahlung ist das **Vorliegen der Pflegebedürftigkeit**. Der Anspruch auf die Sofortzahlung bei Pflegebedürftigkeit setzt voraus, dass die versicherte Person nach der nun folgenden Punktetabelle in mindestens **3 Punkten** der Pflegebedarf.
- (2) Die Pflegebedürftigkeit tritt nach diesem Punktekatalog (mindestens **3 Punkte**) jedoch erst ein, wenn sie **fachärztlich festgestellt ist** und schon **mindestens 6 Monate** lang andauert.
- (3) Die Kosten für die fachärztliche Feststellung trägt die Person, die die Sofortzahlung bei Pflegebedürftigkeit beantragt.

43. Punktetabelle

- **1 Punkt:** Wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls- die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.
- **1 Punkt:** Wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen und in das Bett gelangen kann.
- **1 Punkt:** Wenn sich die versicherte Person, trotz krankengerechter Kleidung, nur mit Hilfe einer anderen Person an- oder ausziehen kann.

-
- **1 Punkt:** Wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nur mit Hilfe einer anderen Person Essen oder Trinken kann.
 - **1 Punkt:** Wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt und / oder rasiert werden muss, weil sie selbst die dafür erforderlichen Körperbewegungen nicht mehr ausführen kann.
 - **1 Punkt:** Wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie sich
 - nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann
 - ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann, oder weil
 - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.