Allgemeine Bedingungen für die Getsurance Krebs-Soforthilfe

Was ist versichert? 1

Für wen gilt der Versicherungsschutz? 2

Gibt es eine Wartezeit? 2

Wann beginnt und wann endet die Versicherung? 3

Wie erhalten Sie Ihre Leistungen? 3

Besteht Unterstützung bei der Suche nach einem Spezialisten oder der Einholung einer Zweitmeinung? 4

Wie können Sie Ihre Versicherungssumme erhöhen oder senken? 4

Wie helfen wir Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten? 5

Wie funktioniert die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit? 5

Wie können Sie die Versicherung kündigen? 7

Welche Kosten und Gebühren gibt es? 7

Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge? 8

Wie kommunizieren wir miteinander? 8

Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten? 9

Was passiert, wenn Sie anfangen oder aufhören zu rauchen? 9

Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag? 9

Was ist versichert?

Wir zahlen die volle Versicherungssumme an Sie aus, wenn bei Ihnen Krebs mindestens zwölf Monate nach Vertragsabschluss diagnostiziert wird. Wir zahlen die halbe Versicherungssumme an Sie aus, wenn bei Ihnen Krebs früher, aber mindestens sechs Monate nach Vertragsabschluss diagnostiziert wird.

Wir zahlen die halbe Versicherungssumme an Sie aus, wenn bei einem Ihrer Kinder Krebs mindestens sechs Monate nach Vertragsabschluss diagnostiziert wird.

Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

Krebs ist ein bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie Eindringen in anderes Gewebe gekennzeichnet ist. Dazu zählen auch Leukämie, Lymphome und die Hodgkin-Krankheit. Ein

gutartiger Tumor ist kein Krebs. Die Diagnose muss durch den Pathologiebericht eines Facharztes bestätigt sein. Darüber hinaus gelten besondere Bestimmungen für folgende Erkrankungen:

- Vorstufen von Krebs sind nicht versichert. Dazu zählen prämaligne und borderline-maligne Tumoren sowie Carcinoma in situ.
- Krebs, der seinen Ursprung im Knochenmark hat (z.B. Leukämie), ist nur dann versichert, wenn er eine Anämie verursacht hat oder mehr als eine Lymphknotenregion befallen ist.
- Schilddrüsenkrebs ist nur dann versichert, wenn er nach TNM-Klassifikation mindestens die Größe T3 hat.
- Prostatakrebs ist nur dann versichert, wenn er nach TNM-Klassifikation mindestens die Größe T2 hat oder mindestens einen Gleason-Score von 7.
- Hautkrebs ist nur dann versichert, wenn es sich um schwarzen Hautkrebs (malignes Melanom) handelt, der nach TNM-Klassifikation mindestens die Größe T2b hat.

Bei schwarzem Hautkrebs, Prostatakrebs und Schilddrüsenkrebs leisten wir unabhängig von der Größe, wenn sich Metastasen in benachbarten Lymphknoten oder Fernmetastasen gebildet haben.

Für wen gilt der Versicherungsschutz?

Versicherungsschutz besteht für Sie und für jedes Ihrer Kinder. Auch Kinder, die während der Versicherungsdauer zur Welt kommen, sind versichert. Die Voraussetzungen für die Mitversicherung von Kindern sind:

- Das Kind ist jünger als 18 Jahre.
- Es handelt sich um ein leibliches oder adoptiertes Kind.
- Bei dem Kind wurde vor Versicherungsbeginn noch keine Krebserkrankung diagnostiziert. Außerdem wurden keine Symptome festgestellt, die sich später als Symptome einer Krebserkrankung herausstellen.

Wenn mehrere Ihrer Kinder an Krebs erkranken, zahlen wir die Versicherungsleistung mehrmals aus. Die Auszahlung kann höchstens einmal pro Kind in Anspruch genommen werden. Dies gilt auch dann, wenn das Kind bei mehreren Personen mitversichert ist, zum Beispiel bei Ihnen und Ihrem Partner.

Gibt es eine Wartezeit?

Für den Versicherungsschutz gilt eine Wartezeit von sechs Monaten. Eine versicherte Person hat keinen Versicherungsschutz, wenn bei ihr innerhalb von sechs Monaten nach Versicherungsbeginn Krebs diagnostiziert wird. In diesem Fall endet Ihre Versicherung und Sie erhalten Ihre bereits gezahlten Beiträge zurück.

Wird bei einer versicherten Person innerhalb der Wartezeit eine Vorstufe von Krebs diagnostiziert, besteht auch nach der Wartezeit kein Versicherungsschutz für eine Krebserkrankung der gleichen Art.

Wann beginnt und wann endet die Versicherung?

Die Versicherung beginnt an dem Datum, das im Versicherungsschein angegeben ist. Die Versicherung endet, wenn:

- wir die Versicherungsleistung für Ihre Krebserkrankung an Sie ausgezahlt haben,
- das Enddatum der Versicherung erreicht ist (siehe Versicherungsschein) oder
- Sie eine Leistung beantragen, die aufgrund der Wartezeit ausgeschlossen ist. In diesem Fall erhalten Sie Ihre bereits gezahlten Beiträge zurück.

Die Versicherung endet auch, wenn Sie versterben. Sollten Sie zu dem Zeitpunkt einen Anspruch auf Leistungen haben, geht dieser nicht verloren. Der Anspruch geht auf Ihre Erben über.

Wie erhalten Sie Ihre Leistungen?

Wenn bei einer versicherten Person Krebs diagnostiziert wird, benötigen wir zunächst folgende Unterlagen von Ihnen:

- Eine kurze, schriftliche Mitteilung über Ihre Erkrankung mit Angabe der Versicherungsnummer, z.B. über das Online-Formular oder per E-Mail.
- Eine Kopie der Diagnose mit ausführlichen Berichten über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Erkrankung, erstellt von den Ärzten, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben. Die Diagnose der Krebserkrankung muss durch entsprechende klinische, radiologische oder histopathologische Untersuchungen bestätigt werden und von einem in Deutschland, Österreich oder der Schweiz niedergelassenen Arzt erstellt worden sein.

Wir teilen Ihnen umgehend nach Eingang Ihrer Schadensmeldung mit, ob weitere Nachweise zur Bearbeitung erforderlich sind, wie:

- Das Leistungsverzeichnis/die Krankenakte Ihrer Krankenversicherung mit Informationen über Behandlungen und Arbeitsunfähigkeitszeiten während Ihrer Mitgliedschaft (mit entsprechenden Diagnosen).

Wir behalten uns das Recht vor – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen – zu verlangen, um die Diagnose zu überprüfen. Dazu kann beispielsweise die Patientenakte des Hausarztes gehören. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu geben.

Wenn eine der in den obigen Absätzen genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

Nach erfolgreicher Prüfung überweisen wir Ihnen die Geldleistung auf Ihr Bankkonto. Wir empfehlen Ihnen, uns ein Konto in der EU zu nennen. Bei Überweisungen außerhalb der EU tragen Sie das damit verbundene Risiko.

Sie können zusätzlich bis zu fünf Therapiestunden zum Thema mentale Belastung durch die Krebserkrankung bei einem privaten Psychotherapeuten Ihrer Wahl in Anspruch nehmen. Die Erstattung erfolgt bis zum Gebührensatz der gültigen „Gebührenordnung für Psychotherapeut*innen” (GOP), maximal bis zum 2,3-fachen Steigerungssatz für insgesamt fünf Stunden. Zudem übernehmen wir einmalig bis zu 100 EUR für digitale Selbstlerninhalte zur mentalen Bewältigung der Erkrankung.

Besteht Unterstützung bei der Suche nach einem Spezialisten oder der Einholung einer Zweitmeinung?

Sie können diese Leistungen für sich und mitversicherte Kinder während der gesamten Vertragslaufzeit nutzen, sofern Ihr Versicherungsschutz dies abdeckt. Ein unabhängiger Dienstleister analysiert Ihre gesundheitliche Situation und empfiehlt passende Fachärzte oder Kliniken.

Auf Anfrage vermittelt der Dienstleister einen Spezialisten für eine Zweitmeinung. Die Kosten dafür tragen entweder Sie oder Ihre Krankenversicherung. Falls gewünscht, übernimmt der Dienstleister auch die Terminvereinbarung und bemüht sich um eine schnelle Terminvergabe. Die Behandlungskosten sind nicht im Versicherungsschutz enthalten und müssen von Ihnen oder Ihrer Krankenversicherung übernommen werden.

Ihre Beratungsgespräche und medizinischen Fallvorstellungen werden nicht an den Dienstleister weitergeleitet. Der Dienstleister erhält nur die Information, dass eine Leistung in Anspruch genommen wurde. Gutachten im Rahmen der Zweitmeinung werden nur mit Ihrer bzw. der eines gesetzlichen Vertreters, Zustimmung weitergegeben.

Ein Anspruch auf Leistungen besteht nur in deutscher Sprache. Angebote in anderen Sprachen sind freiwillig und nicht bindend.

Wir behalten uns das Recht vor, den Dienstleister während der Vertragslaufzeit zu wechseln. Sollte es nicht möglich sein, einen gleichwertigen Anbieter zu finden, entfällt der Leistungsanspruch ersatzlos. In diesem Fall informieren wir Sie umgehend.

Wie können Sie Ihre Versicherungssumme erhöhen oder senken?

Sie können beantragen, dass wir Ihre Versicherungssumme zum Beginn des nächsten Monats erhöhen. Unsere Zusage machen wir von einer erneuten Risikoprüfung abhängig. Das heißt, wir stellen Ihnen ähnliche Fragen wie im Antrag noch einmal. Durch die Erhöhung der Versicherungssumme erhöht sich auch Ihr Beitrag. Der erhöhte Teil des Beitrags berechnet sich nach den Rechnungsgrundlagen zum Zeitpunkt der Erhöhung. Die maximal mögliche Versicherungssumme beträgt 50.000 Euro, wenn Sie bei Beantragung der Erhöhung älter als 50 Jahre alt sind, sonst 100.000 Euro.

Für den erhöhten Teil der Versicherungssumme gilt eine neue Wartezeit von sechs Monaten. In den sechs Monaten nach dieser Wartezeit ist die zusätzliche Leistung auf die halbe Versicherungssumme begrenzt.

Sie können beantragen, dass wir Ihre Versicherungssumme zum Beginn des nächsten Monats senken. Dafür ist keine erneute Risikoprüfung nötig. Durch die Senkung der Versicherungssumme sinkt auch Ihr Beitrag. Die minimal mögliche Versicherungssumme beträgt 5.000 Euro.

Wie helfen wir Ihnen bei Zahlungsschwierigkeiten?

Wenn Sie Zahlungsschwierigkeiten haben, empfehlen wir Ihnen, Ihre Versicherungssumme zu senken. Innerhalb von 12 Monaten nach der Senkung können Sie Ihre Versicherungssumme wieder auf den alten Stand erhöhen, ohne dass wir eine erneute Risikoprüfung durchführen und ohne dass eine neue Wartezeit anfällt. Voraussetzung dafür ist, dass zum Zeitpunkt der Wiederanhebung der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist. Sie zahlen dann auch wieder den alten Beitrag. Mit dieser Ausnahme möchten wir Ihnen helfen, die Versicherung aufrechtzuerhalten. Sie kann nur einmal in Anspruch genommen werden.

Wie funktioniert die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit?

Sie haben Anspruch auf die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht, wenn Sie während der Versicherungsdauer berufsunfähig werden. Der Anspruch entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Er endet bei Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer, wenn Sie das 67. Lebensjahr vollendet haben oder wenn Sie sterben.

Im Sinne dieser Bedingungen liegt eine Berufsunfähigkeit vor, wenn Sie Ihren zuletzt ausgeübten Beruf zu mindestens 50 % für mindestens 6 Monate ununterbrochen infolge einer nicht absichtlich herbeigeführten Krankheit, Körperverletzung oder eines Kräfteverfalls nicht ausüben können, was ärztlich nachzuweisen ist. Als Eintritt der Berufsunfähigkeit gilt das Ende des 6-monatigen Zeitraums.

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, d. h., es wird nicht geprüft, ob die versicherte Person noch eine beliebige andere Tätigkeit ausüben könnte.

Berufsunfähigkeit liegt nicht vor, wenn Sie eine zumutbare Tätigkeit konkret ausüben, die Ihrer Ausbildung und Erfahrung entspricht und Ihrer bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung gleichkommt (konkrete Verweisung).

Eine andere Tätigkeit gilt als unzumutbar, wenn sie Ihren Gesundheitszustand verschlechtert oder Ihr jährliches Bruttoeinkommen (bei Selbstständigen der Gewinn vor Steuern) um mindestens 20 % senkt. Falls ein Gericht einen niedrigeren Prozentsatz als unzumutbar einstuft, ist dieser maßgeblich. Wir prüfen im Einzelfall, ob auch eine geringere Einkommensminderung unzumutbar ist, wobei Ihr durchschnittliches Bruttoeinkommen der letzten drei Jahre berücksichtigt wird.

Sollten Sie aus Ihrer Erwerbstätigkeit ausscheiden, bleibt der Versicherungsschutz für Ihre zuletzt ausgeübte Tätigkeit bestehen. Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn Sie eine zumutbare Ersatz-Tätigkeit übernehmen, die Ihrer bisherigen Lebensstellung zum Zeitpunkt des Ausscheidens entspricht.

Auch Tätigkeiten von Hausfrauen, Hausmännern, Schülern, Studenten und Auszubildenden gelten als Berufe, wobei die konkret ausgeübte Tätigkeit maßgeblich ist.

Berufsunfähigkeit liegt bei Selbstständigen nicht vor, wenn sie nach einer zumutbaren betrieblichen Umorganisation ohne erheblichen Kapitaleinsatz weiterhin eine angemessene Tätigkeit in ihrem Betrieb ausüben können; bei Betrieben mit weniger als fünf Mitarbeitern entfällt diese Prüfung.

Kein Anspruch auf Leistung besteht bei Berufsunfähigkeiten, die durch folgende Ereignisse verursacht werden:

- Kriegsereignisse – Versicherungsschutz besteht, wenn:
    - Sie den Kriegsereignissen außerhalb des EWR oder der Schweiz ausgesetzt waren.
    - Sie nicht aktiv an den Kriegsereignissen beteiligt waren.
- Innere Unruhen, wenn Sie auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen haben.
- Vorsätzlicher Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen.
- Vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.
- Freisetzung von Strahlen durch Kernenergie – Versicherungsschutz besteht, wenn:
    - Sie beruflich der Strahlung ausgesetzt sind.
    - Die Verstrahlung Folge einer ärztlichen Behandlung ist.
- Vorsätzliche Ausführung oder strafbarer Versuch eines Verbrechens oder Vergehens.
- Absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Versicherungsschutz besteht, wenn:
- Ihre freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.
- Die Störung Ihrer Geistestätigkeit krankhaft war.

Für die Beantragung von Leistungen aufgrund einer Berufsunfähigkeit müssen Sie unverzüglich auf eigene Kosten folgende Unterlagen einreichen:

- Nachweis des Versicherungsfalls
    - Darstellung der Ursache der Berufsunfähigkeit.
    - Ausführliche Berichte der behandelnden Ärzte über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie den Grad der Berufsunfähigkeit.
    - Unterlagen über Ihren zuletzt ausgeübten Beruf, Ihre Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt der Berufsunfähigkeit sowie eingetretene Veränderungen.

Wir können, auf unsere Kosten, zusätzliche ärztliche Untersuchungen und Nachweise, auch über wirtschaftliche Verhältnisse, anfordern. Sie haben die Möglichkeit, eine Schweigepflichtentbindungserklärung abzugeben. Falls Sie sich im Ausland aufhalten, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden, es sei denn, diese erfolgen vor Ort nach deutschen Standards. Sie müssen uns Originale oder beglaubigte Kopien der Unterlagen vorlegen. Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung einzureichen. Sie sind verpflichtet, zumutbare Maßnahmen zur Förderung der Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit zu befolgen, wie:

- Verwendung verordneter Heil- oder Hilfsmittel (z. B. Brillen, Hörhilfen, Prothesen).
- Maßnahmen, die keine besonderen Schmerzen oder Gefahren mit sich bringen und eine Aussicht auf Heilung oder Besserung bieten. Operative Eingriffe gelten nicht als zumutbar.

Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, können wir nicht feststellen, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann dazu führen, dass die Leistung nicht fällig wird.

Nach Anerkennung oder Feststellung der Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit nachzuprüfen und zu überprüfen, ob Sie noch leben. Dabei sind insbesondere

Gesundheitsveränderungen (außer vorübergehende) zu berücksichtigen. Vorübergehende Besserungen bleiben unberücksichtigt, es sei denn, sie halten nach 3 Monaten noch an.

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Bestimmungen, wie oben beschrieben, gelten entsprechend. Wir können jährlich ein amtliches Zeugnis über Ihr Leben verlangen. Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn sich der Grad der Berufsunfähigkeit verringert, entfällt oder Sie eine berufliche Tätigkeit wieder aufnehmen oder ändern.

Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die Voraussetzungen unserer Leistungspflicht entfallen sind und Ihnen diese Veränderung in Textform mitteilen. Ab dem dritten Monat nach Zugang unserer Erklärung müssen Sie die Beitragszahlung in der Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit wieder aufnehmen.

Solange eine Mitwirkungspflicht, wie oben beschrieben, vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung können wir unsere Leistung im Verhältnis zur Schwere des Verschuldens kürzen. Wird uns nachgewiesen, dass keine grob fahrlässige Verletzung der Mitwirkungspflicht vorliegt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben bestehen, wenn nachgewiesen wird, dass die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hatte. Das gilt nicht bei arglistiger Verletzung der Mitwirkungspflicht. Wird die Mitwirkungspflicht später erfüllt, sind wir erst ab dem laufenden Monat zur Leistung verpflichtet, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Versicherungsbedingungen.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie in Textform gesondert auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wie können Sie die Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Monatsende kündigen. Wir können Ihre Kündigung besonders schnell bearbeiten, wenn sie online erfolgt.

Welche Kosten und Gebühren gibt es?

Die Kosten der Versicherung sind bereits in Ihren Beitrag eingerechnet. In Ihrem Produktinformationsblatt sind die Kosten transparent ausgewiesen.

Wenn Sie Ihre Beiträge nicht rechtzeitig zahlen oder eine Lastschrift fehlschlägt, sind wir berechtigt, Ihnen Gebühren dafür zu berechnen.

Welche Regeln gelten für Ihre Beiträge?

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise während der Dauer des Vertrags zum jeweiligen Fälligkeitstag zu zahlen.

Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wenn ein Folgebeitrag oder Kosten, die Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden sind oder eingezogen werden konnten, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Wenn uns ein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, werden Ihre Zahlungen so behandelt, als seien sie zum jeweiligen Fälligkeitstag erfolgt, es sei denn, die Lastschrift wird nicht eingelöst. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Wird eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet. Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert, können wir Ihnen die damit verbundenen Kosten in Rechnung stellen. Dies wird in der Regel gemeinsam mit Ihrer nächsten Beitragszahlung erfolgen.

Ausstehende Beiträge können mit Leistungen verrechnet werden.

Wie kommunizieren wir miteinander?

In Ihrem Online-Kundenbereich auf unserer Webseite können Sie einige Änderungen an Ihrem Versicherungsschutz selbst durchführen. Diese werden sofort wirksam. Sonstige Erklärungen und Mitteilungen, die Sie uns bezüglich Ihrer Versicherung machen, werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen (z.B. per E-Mail) und uns zugegangen sind.

Für Ihr Widerrufsrecht gelten andere Regeln; über die Voraussetzungen und Rechtsfolgen haben wir Sie vor und bei Vertragsabschluss gesondert informiert.

Wenn sich Ihre E-Mail-Adresse ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung an Ihre uns zuletzt bekannte E-Mail-Adresse zu senden. Ebenso sind wir berechtigt, Erklärungen an Sie in Ihrem Online-Kundenbereich zu hinterlegen und Sie per E-Mail darüber zu informieren. Unsere E-Mails an Sie gelten als zugegangen, wenn wir innerhalb von drei Tagen nach dem E-Mail-Versand keine Fehlermeldung erhalten haben.

Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

Beim Abschluss der Versicherung stellen wir Ihnen einige Fragen zu Ihrer Gesundheit und Ihren Lebensumständen. Mit diesen Informationen schätzen wir Ihr persönliches Risiko ein. Sie sind verpflichtet, die Fragen wahr und vollständig zu beantworten (vorvertragliche Anzeigepflicht). Sonst können wir vom Vertrag zurücktreten, diesen kündigen, anfechten oder rückwirkend ändern. Dies ist

gesetzlich geregelt. Weitere Informationen dazu finden Sie im Dokument „Wichtige Hinweise zur Beantwortung der Antragsfragen“.

Was passiert, wenn Sie anfangen oder aufhören zu rauchen?

Werden Sie nach Antragstellung Raucher, stellt dies eine Gefahrerhöhung dar. Sie sind verpflichtet, uns dies unverzüglich in Textform mitzuteilen (E-Mail genügt).

Nichtraucher ist, wer in den letzten zehn Jahren vor Antragstellung nicht aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. **Ehemaliger Raucher** ist, wer in den letzten 10 Jahren, aber nicht in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung aktiv Nikotin durch Rauchen oder Inhalieren aufgenommen hat. **Raucher** ist, wer die Voraussetzungen für einen Nichtraucher oder ehemaligen Raucher nicht erfüllt.

Wir verzichten auf unser gesetzliches Recht, den Versicherungsvertrag wegen einer Gefahrerhöhung zu kündigen oder die erhöhte Gefahr vom Versicherungsschutz auszuschließen. Stattdessen können wir rückwirkend ab dem Zeitpunkt der Gefahrerhöhung einen entsprechend höheren Beitrag für Raucher verlangen.

Unser Recht zur Beitragserhöhung erlischt, wenn wir es nicht innerhalb eines Monats nach Zugang Ihrer Mitteilung in Textform über die Gefahrerhöhung geltend machen. Sie können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung über die Beitragserhöhung ohne Einhaltung einer Frist kündigen.

Wenn Sie Ihrer Mitteilungspflicht nicht nachkommen und der Versicherungsfall eintritt, verringert sich die Versicherungssumme entsprechend dem höheren Risiko. Sie wird nach dem Tarif für Raucher neu berechnet. Das gilt nicht, wenn Sie die Mitteilung nicht vorsätzlich unterlassen haben oder uns die Gefahrerhöhung bekannt war. Wir verringern die Versicherungssumme nicht, wenn die Gefahrerhöhung nicht ursächlich für den Eintritt des Versicherungsfalls war.

Werden Sie nach Antragstellung Nichtraucher oder ehemaliger Raucher, können Sie uns dies mitteilen. Wir senken dann Ihren Beitrag entsprechend. Voraussetzung dafür ist, dass Sie unsere Gesundheitsprüfung erneut bestehen. Die Senkung des Beitrags wird im Monat nach Ihrer Mitteilung wirksam.

Welche weiteren Bestimmungen gelten für Ihren Vertrag?

Verjährung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag

Ihre Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren gemäß den gesetzlichen Vorschriften nach Ablauf von drei Jahren. Die Frist beginnt mit dem Ende des Jahres, in dem die Leistung verlangt werden kann. Haben Sie einen Anspruch bei uns angemeldet, zählt der Zeitraum von der Anmeldung bis zum Zugang unserer schriftlichen Entscheidung bei der Fristberechnung nicht mit.

Recht und Gerichtsstand

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Für Klagen aus Ihrem Vertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Sie

können sich wahlweise auch an das Gericht wenden, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt.

Klagen aus Ihrem Vertrag gegen Sie müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus Ihrem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Kapitalverwendung

Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen.

Sie können die Umwandlung des Vertrags in einen beitragsfreien Versicherungsvertrag nicht verlangen. Beiträge und Reserven werden gemäß den gültigen Prinzipien für Lebensversicherungsgesellschaften in Liechtenstein kalkuliert. Insbesondere werden die Versicherungsbeiträge so berechnet, dass zu keinem Zeitpunkt ein Kapital zur Verfügung steht, welches im Falle einer Beitragsfreistellung eine Umwandlung Ihrer Versicherung in eine Versicherung mit beitragsfreier Versicherungssumme ermöglicht. Ein Rückkaufswert ist zu keiner Zeit vorhanden.