

Allgemeine Versicherungsbedingungen

DELA *aktiv* Leben plus⁺

Risikolebensversicherung

(Tarif 1.0)

Inhalt

A. RISIKOLEBENSVERSICHERUNG – LEISTUNGSBESCHREIBUNG	SEITE 3
1. Ihr Vertrag	
2. Versicherte Personen	
3. Beginn des Versicherungsschutzes – Leistungsfreiheit	
4. Sofortiger Versicherungsschutz	
5. Unsere Leistung: Ihre Versicherungssumme	
5a. Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit	
5b. Zusatzoption Sofortzahlung Pflege	
5c. Zusatzschutz für Kinder plus ⁺	
5d. Zusatzschutz bei Pflege plus ⁺	
6. Überschussbeteiligung	
7. Vertragsende plus ⁺	
8. Erhöhung der Versicherungssumme plus ⁺	
9. Neufestsetzung der vereinbarten Prämie	
10. An wen wir leisten – Bezugsrecht	
11. Vorauszahlung bei terminaler Erkrankung plus ⁺	
12. Nichtraucher-Tarif	
13. Trauerberatung	
14. Versicherungsschutz bei Wehr-, Polizeidienst und inneren Unruhen	
15. Versicherungsschutz bei Krieg	
16. Kein Versicherungsschutz bei ABC-Stoffen	
17. Versicherungsschutz bei Selbsttötung	
18. Keine Leistung bei vorsätzlicher Tötung	
B. ALLGEMEINE VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN	SEITE 6
19. Prämienzahlung	
20. Ende der Prämienzahlungspflicht	
21. Kein Versicherungsschutz vor Zahlung der ersten Prämie	
22. Folgeprämie – verspätete Zahlung	
23. Kündigung oder Umwandlung in eine prämienfreie Versicherung	
24. Wahrheitspflicht – Leistungsfreiheit bei Verletzung	
25. Abtretung – Verpfändung	
26. Kosten der Versicherung	
27. Nachweise im Versicherungsfall	
28. Adressänderung	
29. Anwendbares Recht	
30. Gerichtsstand	
31. Ersatz unwirksamer Klauseln	
32. Salvatorische Klausel	
33. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde – Beschwerdestelle	
34. Sicherungseinrichtung	
C. LEISTUNGSBESCHREIBUNG DER OPTIONALEN ZUSATZVERSICHERUNGEN	SEITE 9
I. Zusatzoption Sofortzahlung schwere Krankheit	
35. Versicherungssumme	
36. Sofortzahlung bei Krebs	
37. Wartezeit bei Krebserkrankung	
38. Sofortzahlung bei Herzinfarkt	
39. Sofortzahlung bei Schlaganfall	
40. Verrechnung der Leistung bei Tod	
II. Zusatzoption Sofortzahlung Pflege	
41. Versicherungssumme	
42. Sofortzahlung bei Pflegebedürftigkeit	
43. Punktetabelle	

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 – die 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 den Ziffern 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, 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 zum Ende des laufenden Monats in Textform 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, 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 den Ziffern 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 zum Ende des laufenden Monats in Textform 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 versicherte 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 Versicherungsfalls 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) Versicherte Personen, die höchstens 55 Jahre alt sind, können 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) Ergänzend können versicherte Personen, die höchstens 55 Jahre alt sind, die jeweilige Versicherungssumme um bis zu 25% – mindestens 2.500 Euro, höchstens aber 50.000 Euro – ohne Gesundheitsprüfung in folgenden Fällen erhöhen nach:
 - Immobilienerwerb, Hausbau, Modernisierungsdarlehen (Erhöhung = Darlehenssumme, max. 50.000 Euro)
 - Geburt, Adoption, Heirat, Scheidung
 - Erhöhung des monatlichen Einkommens um mehr als 10%
 - Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Renten- und/oder Krankenversicherung.
 Der Antrag auf Erhöhung kann nur innerhalb von 6 Monaten nach einem der oben genannten 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 versicherte 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 wir leisten – Bezugsrecht

- (1) Der Versicherungsnehmer oder seine Erben haben Anspruch auf die Versicherungsleistung, sofern keine andere Person als bezugsberechtigt benannt ist.
- (2) Der Versicherungsnehmer kann das Bezugsrecht jederzeit vor Eintritt des Versicherungsfalls 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 das 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 zu 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 bei terminaler Erkrankung plus⁺

- (1) Auf Antrag zahlen wir an den Versicherungsnehmer 100% der vereinbarten Versicherungssumme, wenn bei der versicherten Person 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 den Ziffern 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 Wasserpipeifen 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 unverzüglich bei uns 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 Unfallfolgen 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 DELA bestellten Trauerberater in Anspruch nehmen. Der Trauerberater hilft bei psychologischen, praktischen und finanziellen Fragen, die infolge des Sterbefalls geregelt werden müssen.
- (2) Die Kosten für die erste Trauerberatung werden von 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 bzw. 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 3 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 eine 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 mit 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 Versicherungsvertragsgesetz) berechnen.

21. Kein Versicherungsschutz vor Zahlung der ersten Prämie

- (1) Die erste Prämie wird von uns per Lastschrift zum Versicherungsbeginn innerhalb von 2 Wochen abgebucht. Damit Sie nicht in Zahlungsverzug geraten, nutzen wir das SEPA-Lastschriftverfahren.
- (2) Ist die erste Prämie bei Eintritt des Versicherungsfalles 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 2 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, Zinsen oder 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 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 zum Ende des laufenden Monats in Textform 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) 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.
- (5) Die Einzelheiten können Sie der Umwandlungstabelle am Ende des Informationsblatts zu Versicherungsprodukten entnehmen.
- (6) Zur Überbrückung bei Zahlungsschwierigkeiten können Sie eine befristete Beitragsstundung verlangen.

24. Wahrheitspflicht – Leistungsfreiheit bei Verletzung

- (1) Wir sind darauf angewiesen, dass Sie uns vor Ihrer Vertragserklärung (Antragsstellung) alle Gefahrumstände, wie 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 Versicherungsvertragsgesetz, 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 Versicherungsfalles 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/verpfänden.
- (2) Uns gegenüber werden Abtretungen/Verpfändungen erst dann wirksam, wenn Sie uns darüber „in Textform“ in Kenntnis gesetzt haben.
- (3) Nach wirksamer Abtretung/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 Informationsblatt zu Versicherungsprodukten 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 Kommunikationssprache ist Deutsch.

30. Gerichtsstand

- (1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag ist das Gericht des Ortes zuständig, an dem der Versicherungsnehmer zur Zeit der Klageerhebung 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 zum 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 2 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 Straße 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. Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt unberührt.

34. Sicherungseinrichtung

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 tumorassoziierten 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 Elektrokardiogramm (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 (Hirninfarkt), 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 medizinischem Wissensstand nicht beherrschbar 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 Pflege bedarf.
- (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

Punkte	Leistung
1 Punkt	Wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehilfe 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