

## Beantwortung der Antragsfragen und gesonderte Belehrung nach § 19 Abs. 5 VVG (Anzeigepflicht)

Die Antragsfragen sind nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Mir ist bekannt, dass bis zur Abgabe meiner Vertragserklärung alle mir bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen in Textform gefragt ist, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben sind. Sollte ich nach meiner Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform nach gefahrerheblichen Umständen gefragt werden, bin ich insoweit zur Anzeige verpflichtet. Ich weiß, dass die Gesellschaft bei unzutreffenden oder unvollständigen Angaben je nach Verschuldensgrad vom Vertrag zurücktreten, ihn anfechten oder kündigen und ggf. Leistungen verweigern kann.

### Welche Folgen können eintreten, wenn eine vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird?

#### 1. Rücktritt und Wegfall des Versicherungsschutzes

Verletze ich die vorvertragliche Anzeigepflicht, kann die Gesellschaft vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn ich nachweise, dass weder Vorsatz noch grobe Fahrlässigkeit vorliegt.

Bei grob fahrlässiger Verletzung der Anzeigepflicht hat die Gesellschaft kein Rücktrittsrecht, wenn sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Erklärt die Gesellschaft den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles, bleibt sie dennoch zur Leistung verpflichtet, wenn ich nachweise, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistungspflicht

ursächlich war. Die Leistungspflicht entfällt jedoch, wenn ich die Anzeigepflicht arglistig verletzt habe.

Bei einem Rücktritt steht der Gesellschaft der Teil des Beitrags zu, welcher der bis zum Wirksamwerden der Rücktrittserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht. Ich habe in der Lebensversicherung dann Anspruch auf die Auszahlung eines ggf. vorhandenen Rückkaufswertes.

#### 2. Kündigung

Kann die Gesellschaft nicht vom Vertrag zurücktreten, weil ich die vorvertragliche Anzeigepflicht in der Lebens- bzw. Krankenversicherung lediglich einfach fahrlässig oder in der Lebensversicherung schuldlos verletzt habe, kann die Gesellschaft den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von 1 Monat kündigen. Der Lebensversicherungsvertrag wandelt sich dann in eine beitragsfreie Versicherung um, sofern die dafür vereinbarte Mindestversicherungsleistung erreicht wird.

Das Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn die Gesellschaft den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte.

#### 3. Vertragsänderung

Kann die Gesellschaft nicht zurücktreten oder kündigen, weil sie den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Gefahrumstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätte, werden die anderen Bedingungen auf mein Verlangen Vertragsbestandteil. Habe ich die Anzeigepflicht fahrlässig verletzt, werden die anderen Bedingungen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Habe ich in der Lebensversicherung die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Habe ich in der Krankenversicherung die Anzeigepflicht schuldlos verletzt, steht der Gesellschaft das Recht auf Vertragsänderung nicht zu.

Erhöht sich durch die Vertragsänderung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließt die Gesellschaft die Gefahrsicherung für den nicht angezeigten Umstand aus, kann ich den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang der Mitteilung über die Vertragsänderung fristlos kündigen. Auf dieses Recht werde ich in einer gesonderten Mitteilung hingewiesen.

#### 4. Ausübung der Rechte der Gesellschaft

Die Gesellschaft kann ihre Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem die Gesellschaft von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von ihr geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangt. Bei der Ausübung dieser Rechte sind die Umstände anzugeben, auf die sich die Erklärung stützt. Zur Begründung kann die Gesellschaft nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die eben genannte Frist nicht verstrichen ist.

Die Gesellschaft kann sich auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn sie den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannte.

Die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen in der Lebensversicherung mit Ablauf von 5 Jahren nach Vertragsabschluss, in der Krankenversicherung mit Ablauf von 3 Jahren nach Vertragsabschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt 10 Jahre, wenn ich die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt habe.

#### 5. Stellvertretung durch eine andere Person

Lasse ich mich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung der Rechte der Gesellschaft, die Kenntnis und Arglist meines Stellvertreters als auch meine eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Ich kann mich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder meinem Stellvertreter noch mir Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

Hinweis: Bitte prüfen Sie die Angaben und Erklärungen, die Sie oder der Vermittler für Sie in diesen Antrag oder in andere Schriftstücke geschrieben haben, auf Richtigkeit und Vollständigkeit.

## Wichtige Erklärungen des Antragstellers und der versicherten Person(en)

**1. Entbindung von der Schweigepflicht und Einwilligung zur Informationseinholung**  
**Ich ermächtige die Gesellschaft bei Tarifen mit Gesundheitsfragen außerdem,** zur Erhebung meiner Gesundheitsdaten alle Ärzte, Bedienstete von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeheimen und Pflegepersonen sowie andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften, bei denen ich versichert bin, war oder sein werde oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe und Behörden über meine Gesundheitsverhältnisse bei Vertragsabschluss zu befragen, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung des zu versichernden Risikos oder der Leistungspflicht erforderlich ist, und diese Daten zu verwenden. Dies gilt für die Zeit vor Antragstellung und die nächsten 10 Jahre nach Vertragsschluss, auch über meinen Tod hinaus.

Die Gesellschaft darf auch die Ärzte, die die Todesursachen feststellen, die Ärzte, die mich im letzten Jahr vor meinem Tode untersuchen oder behandeln werden, sowie Behörden über die Todesursachen oder die Krankheiten, die zum Tode geführt hatten, befragen.

Werden Leistungen wegen Berufs-, Schul-, Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsausfall oder Pflegebedürftigkeit bzw. schwerer Erkrankungen im Sinne der SchnellHilfe-Zusatzversicherung beansprucht, darf die Gesellschaft die in Satz 1 genannten Personen und Einrichtungen, die Ärzte, die mich untersucht haben, sowie Behörden auch über Ursache, Beginn, Art, Verlauf, Grad und voraussichtliche Dauer der Berufs-, Schul-, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, des Erwerbsausfalls bzw. der schweren Erkrankungen sowie über diejenigen Krankheiten, die zur Berufs-, Schul-, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit, zum Erwerbsausfall bzw. zur schweren Erkrankung im Sinne der SchnellHilfe-Zusatzversicherung geführt haben, befragen.

Insoweit entbinde ich alle, die hiernach befragt werden, von der Schweigepflicht auch über meinen Tod hinaus. Ich entbinde auch die Angehörigen der Gesellschaft selbst von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risiko- oder Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen werde ich von der Gesellschaft unterrichtet und darauf hingewiesen, dass ich die Erhebung widersprechen kann. Bereits heute erkläre ich mein ausdrückliches Einverständnis mit einer zur Beurteilung des zu übernehmenden Risikos notwendigen Befragung der von mir in diesem Antrag angegebenen und nach vorstehenden Absätzen von der Schweigepflicht befreiten Personen, Einrichtungen und Behörden um eine zügige Bearbeitung meines Versicherungsantrags zu gewährleisten.

Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, obige generelle Schweigepflichtentbindung abzugeben. Ich habe auch die Möglichkeit, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich zu erklären, sofern von der Gesellschaft konkret Auskünfte benötigt werden, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen, Einrichtungen oder Behörden im Einzelfall von ihrer Schweigepflicht entbinde. Dies kann ich auf der Vorderseite des Antrags unter der Rubrik „Sonstige Vereinbarungen“ vermerken. Mir ist ferner bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrags verzögern oder sogar verhindern kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Weiterhin kann diese Entscheidung zu einer Verzögerung der Leistungsregulierung, zu einer Leistungskürzung oder gar einer Leistungsfreiheit der Gesellschaft führen, wenn sich aufgrund fehlender Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Die Erklärung gebe ich gleichermaßen auch für meine mitzuversichernden bzw. mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden bzw. mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

**Mir ist ferner bekannt, dass der Krankenversicherer** vor Vertragsabschluss Angaben über meinen Gesundheitszustand überprüft, soweit dies bei dem von mir beantragten Vertragsabschluss zur Beurteilung der zu versichernden Risiken erforderlich ist und meine Angaben dazu Anlass bieten.

Zu diesem Zweck befreie ich Ärzte, Zahnärzte, sowie Beschäftigte von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden (z. B. Gesundheitsämter), soweit ich dort in den letzten 10 Jahren vor Antragstellung untersucht, beraten oder behandelt worden bin bzw. versichert war oder einen Antrag auf Versicherung gestellt habe von ihrer Schweigepflicht. Diese Erklärung gilt über meinen Tod hinaus.

Ergeben sich nach Vertragsabschluss konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gilt die vorstehende Schweigepflichtentbindung entsprechend – und zwar bis zu 10 Jahren nach Antragstellung. Dies gilt auch über meinen Tod hinaus.

**Mir ist ferner bekannt, dass der Krankenversicherer** jeweils im Fall der Geltendmachung eines Leistungsanspruchs zur Beurteilung seiner Leistungspflicht die Angaben überprüft, die ich zur Begründung etwaiger Ansprüche mache oder die sich aus von mir eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen) sowie von mir veranlassten Meldungen eines Krankenhauses oder von Angehörigen eines Heilberufes ergeben. Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit hierzu Anlass besteht (z. B. bei Fragen zur Diagnose, dem Behandlungsverlauf oder der erstellten Liquidation).

Auch zu diesem Zweck und zur Beschleunigung der Leistungsprüfung befreie ich bereits jetzt, jederzeit widerrufbar, Ärzte, Zahnärzte, sowie Beschäftigte von Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen und Pflegepersonen, andere Personen-

versicherer, gesetzliche Krankenversicherungen, sowie Berufsgenossenschaften, bei denen ich versichert bin, war oder sein werde und Behörden, die in den vorgelegten Unterlagen genannt sind oder die an der Heilbehandlung beteiligt waren, von ihrer Schweigepflicht – auch hinsichtlich der Gesundheitsdaten. Diese Schweigepflichtentbindung für die Leistungsprüfung bezieht sich ebenso auf die Angehörigen von anderen Krankenversicherern, die nach dort bestehenden Versicherungen einschließlich der Gesundheitsdaten befragt werden dürfen. Diese Erklärung gilt auch im Falle meines Todes.

Ich entbinde auch die Angehörigen der Gesellschaft selbst von ihrer Schweigepflicht, sofern die erhobenen Gesundheitsdaten im erforderlichen Umfang zur Risiko- oder Leistungsprüfung an beratende externe Ärzte bzw. medizinische Gutachter übermittelt werden.

Vor einer Erhebung nach den vorstehenden Absätzen werden wir Sie unterrichten und Sie darauf hinweisen, dass Sie der Erhebung widersprechen können.

Mir ist bekannt, dass ich nicht verpflichtet bin, obige generelle Schweigepflichtentbindung abzugeben. Ich habe auch die Möglichkeit, nach freiem Ermessen im Einzelfall schriftlich zu erklären, sofern von der Gesellschaft konkret Auskünfte benötigt werden, ob oder inwieweit ich die entsprechenden Personen, Einrichtungen oder Behörden im Einzelfall von ihrer Schweigepflicht entbinde. Dies kann ich auf der Vorderseite des Antrags unter der Rubrik „Sonstige Vereinbarungen“ vermerken. Mir ist ferner bekannt, dass die Entscheidung für diese Alternative den Abschluss des von mir beantragten Versicherungsvertrags verzögern oder sogar verhindern kann, wenn sich aufgrund der verbleibenden Informationsquellen eine Risikoprüfung nicht durchführen lässt. Weiterhin kann diese Entscheidung zu einer Verzögerung der Leistungsregulierung, zu einer Leistungskürzung oder gar einer Leistungsfreiheit der Gesellschaft führen, wenn sich aufgrund fehlender Informationsquellen die Leistungspflicht nicht oder nur teilweise begründen lässt.

Die Erklärung gebe ich gleichermaßen auch für meine mitzuversichernden bzw. mitversicherten Kinder sowie die von mir gesetzlich vertretenen mitzuversichernden bzw. mitversicherten Personen ab, die die Bedeutung dieser Erklärung nicht selbst beurteilen können.

Ich willige in die Verwendung der aufgrund der vorstehenden Erklärung erhobenen oder von mir angegebenen oder übermittelten Gesundheitsdaten zur Risikobeurteilung, zur Leistungsprüfung sowie zur Vertragsabwicklung durch den Versicherer und ihre Beauftragten ein.

### 2. Gesundheitsfragen

**Beachten Sie bitte bei Beantragung einer Krankenversicherung auch die „Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag (Krankentagegeld-Versicherung)“ Ziffern 3 und 5.**

### 3. Überzahlung

**Bei Versicherungen mit hohem Risikoanteil im Beitrag (hohes Eintrittsalter, Mitversicherung hoher Zusatzrisiken) kann die Summe der Beiträge die Erlebensfallsomme in erheblichem Umfang übersteigen. Hierüber bin ich bei der Antragsaufnahme unterrichtet worden.**

### 4. Annahmefrist (ausgenommen Krankenversicherung)

Vorbehaltlich meines Widerrufsrechts nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz ist der Versicherer berechtigt, meinen Antrag bis zum Ablauf von 6 Wochen anzunehmen. Diese Annahmefrist beginnt mit dem Tag der ärztlichen Untersuchung oder, falls eine solche nicht erforderlich ist, mit dem der Antragstellung.

### 5. Widerrufsrecht

Mein Vertrag gilt nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz auf der Grundlage des Versicherungsscheins und der für meinen Vertrag maßgeblichen Verbraucherinformationen (z. B. Versicherungsbedingungen) als abgeschlossen, wenn ich nicht innerhalb von 30 Tagen - bei der Kranken-Zusatzversicherung beträgt die Frist 2 Wochen - nach Überlassung dieser Unterlagen sowie nach Zugang der gesetzlich vorgesehenen Widerrufsbelehrung in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufe. Maßgebend für die Rechtzeitigkeit meines Widerrufs ist dessen Absendedatum.

### 6. Zweitschrift des Antrags und vorläufiger Versicherungsschutz

Nach Unterzeichnung des Antragsformulars kann ich die Aushändigung einer Zweitschrift des Versicherungsantrags ggf. zusammen mit den „Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“ an mich verlangen.

### 7. Beitragszahlung

Kommt der Versicherungsvertrag zustande, ist der jeweilige erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit mir vereinbarten Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an die Gesellschaft zu zahlen.

Bei der Kranken-Zusatzversicherung sind die Beiträge für die vereinbarte Vertragsdauer zu zahlen.

Ich stimme mit meiner Unterschrift zu, dass der Versicherungsschutz gegebenenfalls bereits vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnt. In diesem Fall bin ich damit einverstanden, dass bei einem Widerruf die Beiträge, die auf die Zeit vor Ablauf der Widerrufsfrist entfallen, von der Gesellschaft einbehalten werden können.

## Wichtige Hinweise zum Antrag

### 1. Geltendes Recht

Die beantragten Verträge unterliegen deutschem Recht.

### 2. Versicherungsbedingungen

Für die Versicherung gelten die jeweiligen „Allgemeinen Versicherungsbedingungen“ sowie die dazugehörigen Tarifbedingungen und ggf. die „Besonderen Bedingungen für die Kapital-Lebensversicherung mit NÜRNBERGER Plus“ bzw. die „Besonderen Bedingungen für die Rentenversicherung mit NÜRNBERGER Plus“. Des Weiteren gelten ggf. die „Allgemeinen Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz“.

Für die Krankenversicherung gelten die Musterbedingungen für die Krankheitskosten- und Krankentagegeldversicherung sowie die Tarifbedingungen.

Die Versicherungsbedingungen sind Bestandteil der Verbraucherinformationen. Beim sogenannten Invitationsmodell (siehe „Information zur Antragstellung“) erhalten Sie die Versicherungsbedingungen zusammen mit den weiteren Verbraucherinformationen mit dem an Sie gerichteten Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags der NÜRNBERGER. Auf Wunsch werden Ihnen die Versicherungsbedingungen schon vorher ausgehändigt.

### 3. Deckungszusage

Die selbstständige Abgabe von Deckungszusagen ist den Vermittlern verboten und ohne rechtliche Wirkung für die Gesellschaft.

### 4. Nebenabreden

**Zusatzabsprachen zum Versicherungsvertrag, die nicht im Antragsformular festgehalten sind, können nur mit der Generaldirektion der Gesellschaft getroffen werden. Vermittler oder Angestellte der Gesellschaft dürfen im Zusammenhang mit Zusatzabsprachen Erklärungen des Antragstellers nur an die Generaldirektion weiterleiten und keine Zusagen abgeben. Nebengebühren und Kosten werden nicht erhoben. Insbesondere sind Versicherungsagenten oder Versicherungsmakler nicht berechtigt, ihrerseits vom Antragsteller irgendwelche Gebühren oder Kosten für die Aufnahme des Antrags oder aus anderen Gründen zu erheben.**

### 5. Verrechnung anfallender Gebühren

Im Rahmen des Versicherungsvertrags werden anfallende Gebühren der Gesellschaft mit gut zuschreibenden Überschussanteilen verrechnet bzw. an fälligen Versicherungsleistungen gekürzt.

### 6. Krisengebiete

Krisengebiete sind Länder und Regionen, für die eine Reisewarnung des Auswärtigen Amtes besteht. Informationen hierzu finden Sie in der Rubrik „Reise und Sicherheit“ unter [www.auswaertiges-amt.de](http://www.auswaertiges-amt.de).

### 7. Zuständige Aufsichtsbehörde

Bitte richten Sie bei Unstimmigkeiten Ihre Beschwerden vorrangig an uns oder den betreuenden Vermittler. Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich an die zuständige Aufsichtsbehörde zu wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Postfach 1308, 53003 Bonn.

### 8. Versicherungsombudsmann

Unsere Unternehmen sind Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Sie können damit das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.

Den Ombudsmann der Versicherungen erreichen Sie per

Telefon: 0180 4 224424\*, Fax: 0180 4 224425\*,

\*T-Home, 20 ct/Anruf aus dem deutschen Festnetz.

Bei Anrufen aus den Mobilfunknetzen können abweichende Preise entstehen.

Post: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin

E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

Den Ombudsmann für die private Krankenversicherung erreichen Sie per

Telefon: 0180 2 550444\*, Fax: 030 - 20 45 89 31

\*T-Home, 6 ct/Anruf aus dem deutschen Festnetz.

Bei Anrufen aus den Mobilfunknetzen können abweichende Preise entstehen.

Post: Ombudsmann Private Kranken- und Pflegeversicherung, Kronenstraße 13, 10117 Berlin

Internet: [www.pkv-ombudsmann.de](http://www.pkv-ombudsmann.de)

## Information zur Antragstellung

Für die weitere Bearbeitung Ihres Antrags ist es wichtig, ob Sie die Verbraucherinformationen gemäß der Informationspflichten nach § 7 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) vollständig erhalten haben.

### Diese Verbraucherinformationen umfassen:

- Das Produktinformationsblatt nach § 4 (ab 01.07.2008) der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV)
- Allgemeine und zusätzliche Informationen
  - Allgemeine Informationen nach § 1 VVG-InfoV
  - Zusätzliche Informationen nach § 2 VVG-InfoV
- Vertragsspezifische Informationen
  - Allgemeine Vertragsdaten
  - Garantierte Todesfallleistungen\*
  - Kosteninformation nach § 2 VVG-InfoV (ab 01.07.2008)
  - Garantiewerte\*
  - Modellrechnung gemäß § 154 VVG\*
  - Zusätzliche Vereinbarungen und Erklärungen für die Krankenversicherung\*
  - Informationen über die wesentlichen Leistungsmerkmale und die für den Tarif gültigen vertraglichen und gesetzlichen Bestimmungen\*
- Vertragsbedingungen
  - Die jeweiligen Vertragsbedingungen
  - Besondere Vertragsbedingungen sowie Klauseln\*
  - Zusätzliche Vereinbarungen und Erklärungen\*
  - Informationen zu den Investmentfonds\*
  - Anhang zu den Allgemeinen Bedingungen\*
  - Steuerrechtliche Hinweise\*
  - Merkblatt zur Datenverarbeitung
  - Allgemeine Hinweise
  - Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VVG) für die Krankenversicherung\*

\* sofern diese Gegenstand des von Ihnen gewünschten Versicherungsvertrages sind

### Antragsmodell

Wenn Sie die Verbraucherinformationen vollständig erhalten haben und dies im Antragsformular bestätigen, stellen Sie einen Antrag auf den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz. Die NÜRNBERGER kann Ihren Antrag in diesem Fall sofort annehmen, sofern keine medizinischen, technischen oder anderen Gründe entgegenstehen.

### Invitationsmodell

Kann die NÜRNBERGER Ihren Antrag aus eben genannten Gründen nur zu geänderten Bedingungen annehmen, erhalten Sie von der NÜRNBERGER einen an Sie gerichteten Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages mit den erforderlichen Änderungen und den dazugehörigen vollständigen Verbraucherinformationen.

Sollten Ihnen die Verbraucherinformationen vor der Antragstellung nicht vollständig vorliegen, handelt es sich - sofern Sie nicht gesondert auf einzelne noch fehlende Unterlagen ausdrücklich verzichten - nicht um einen Antrag, sondern um eine Aufforderung an die NÜRNBERGER zur Vorlage eines an Sie gerichteten Antrags. Der Versicherungsschein kann in diesem Fall nicht sofort ausgestellt werden.

Sie erhalten den gewünschten, an Sie gerichteten Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages, sofern keine medizinischen, technischen oder anderen Gründe entgegenstehen. Dieser Antrag enthält die vollständigen Verbraucherinformationen.

Dem an Sie gerichteten Antrag liegt eine sogenannte Annahmeerklärung bei. Sind Sie mit dem Antrag einverstanden, nehmen Sie diesen an, indem Sie die Annahmeerklärung unterschrieben zurück an die NÜRNBERGER senden. Sie erhalten erst dann den Versicherungsschein.

### Widerrufsrecht

Sie haben nach § 8 Versicherungsvertragsgesetz ein 30-tägiges (bei der Kranken-Zusatzversicherung ein 2-wöchiges) Widerrufsrecht. Diese Frist beginnt unabhängig von den eben genannten Verfahrensweisen am Tag nach dem Zugang des Versicherungsscheins, der vollständigen Verbraucherinformationen sowie der Belehrung über das Widerrufsrecht und dessen Rechtsfolgen.

Dem Versicherungsschein bzw. dem an Sie gerichteten Antrag der NÜRNBERGER liegen alle Verbraucherinformationen (nochmals) bei.

## Informationen zur Einwilligungserklärung für an Sie gerichtete Telefon- und E-Mail-Werbung

Menschen, ihr Leben, und Ihre Ansprüche ändern sich - ebenso die gesetzlichen Sicherungssysteme. Daran orientieren sich auch unsere Versicherungs- und Finanzdienstleistungen, die wir stets anpassen und natürlich für Sie immer wieder optimieren.

Damit wir Sie in allen Fragen zu Versicherungen und Produkten der Finanzdienstleistung auch telefonisch oder per E-Mail aktuell auf dem Laufenden halten können, brauchen wir Ihr Einverständnis.

**Stimmen Sie der Telefon- und E-Mail-Werbung zu, erfolgt das freiwillig und ohne jeglichen Einfluss, auf den beantragten und evtl. bestehende Verträge bei Unternehmen der NÜRNBERGER VERSICHERUNGSGRUPPE.**

**Sie können die Einwilligungserklärung jederzeit widerrufen. Hierfür rufen Sie uns bitte unter Tel.: 0911 531 - 5 an oder senden Sie eine E-Mail an:**

**[widerspruch\\_dialogmarketing@nuernberger.de](mailto:widerspruch_dialogmarketing@nuernberger.de)**

## Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag

### Lebensversicherung

#### 1. Rückkaufswerte

Bei Kündigung vor dem regulären Ablauf der Versicherung zahlen wir bei kapitalbildenden Versicherungen den vertraglich vereinbarten Rückkaufswert. Er entspricht in der Regel nicht den bis dahin gezahlten Beiträgen und ist insbesondere in den ersten Jahren niedriger als diese.

Bei Risikoversicherungen wird von den gezahlten Beiträgen ein großer Anteil für die Finanzierung des Todesfallschutzes benötigt. Der garantierte Rückkaufswert ist im Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen sehr niedrig und bei Ablauf der Versicherung völlig aufgebraucht.

#### 2. Planmäßige Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen (NÜRNBERGER Plus)

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung (ausgenommen der Tarife N2502, N2512, N2582, N2514, N2507 und bei Beitragsdepot bei der FÜRST FUGGER Privatbank) ist vereinbart, dass der Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 5 %, mindestens jedoch im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöht wird.

Bei Versicherungen mit Beitragszahlung über ein Beitragsdepot bei der FÜRST FUGGER Privatbank ist vereinbart, dass der Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 5 % erhöht wird.

Bei Tarif N2522 erfolgen die planmäßigen Erhöhungen analog der Vereinbarung zum Tarif NR2502 (ohne Begrenzung auf 4 % der Beitragsbemessungsgrenze).

Der Versicherungsnehmer kann die Erhöhung des Beitrags auch nach einem festen Prozentsatz (3 - 15 % - bei Beitragsdepot bei der FÜRST FUGGER Privatbank 3 - 10%) beantragen oder das Recht auf planmäßige Erhöhung völlig ausschließen.

Die Gesellschaft verpflichtet sich, die daraus resultierende Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vorzunehmen. **Die Erhöhungen erfolgen – mit Ausnahme von Tarif N2510 – nach dem Tarif der Grundversicherung. Bei einer Versicherung nach Tarif N2510 wird für die Erhöhungssumme der Tarif N2504 zugrunde gelegt. Bei Änderung der Rechnungsgrundlagen können Erhöhungen nach den Rechnungsgrundlagen der dann zum Verkauf offenen Tarife durchgeführt werden.**

Eingeschlossene Zusatzversicherungen werden im gleichen Verhältnis erhöht. Für eine Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarife R und Ra) der BUZ2008(C), eine Erwerbsausfallrente (Zusatztarif R) der BAZ2008, eine Erwerbsunfähigkeitsrente (Zusatztarif ER) der EUZ2008 und eine Pflegerente (Zusatztarif PR) der PRZ2008 findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die jeweilige gesamte jährliche Barrente erstmals 30.000 EUR bzw. bei der Schulunfähigkeitsrente erstmals 12.000 EUR erreicht oder überschritten hat. Bei der SchnellHilfe-Zusatzversicherung SH2008 findet keine Erhöhung mehr statt, wenn die gesamte versicherte Kapitalleistung aus Zusatztarif SH2008 erstmals 30.000 EUR erreicht oder überschritten hat. Die auf R, Ra, ER bzw. PR entfallenden Beitragsteile werden dann (außer bei den Tarifen N2501, N2501R und N2511) zur Erhöhung der Grundversicherung und sonstiger eingeschlossener Zusatzversicherungen verwendet. Bei den Tarifen N2501, N2501R und N2511 werden für den Gesamtvertrag keine weiteren Erhöhungen mehr durchgeführt.

Es gelten die „Besonderen Bedingungen für die Kapital-Lebensversicherung mit NÜRNBERGER Plus“..

#### 3. Erläuterung der Überschussanteile

Sie haben verschiedene Möglichkeiten zur Verwendung der Überschussanteile. Sie können in der Regel jede Möglichkeit bei der Hauptversicherung mit einer der Möglichkeiten bei den Zusatzversicherungen beliebig kombinieren bis auf folgende Ausnahmen:

- Beitragsabzug bei der Hauptversicherung zusammen mit verzinslicher Ansammlung bei Zusatzversicherungen.
- Invest-Bonus bei den Zusatzversicherungen ist nur möglich, sofern die Hauptversicherung ebenfalls Invest-Bonus als Überschussverwendung hat.

Bei kapitalbildenden Einmalbeitragsversicherungen sind nur Bonusansammlung und Invest-Bonus, bei Risiko- und Zusatzversicherungen sind nur verzinsliche Ansammlung und Invest-Bonus zulässig.

Beitragsabzug bei der Hauptversicherung ist nicht möglich, wenn eine flexible Abrufphase vereinbart wird.

Der Tarif N2514 ist erst ab dem 4. Versicherungsjahr überschussberechtigt und es kann als Überschussverwendungsart nur Invest-Bonus oder Verzinsliche Ansammlung gewählt werden. Für die ab Beginn entstehenden Überschüsse aus einer eventuell eingeschlossenen Unfalltod-Zusatzversicherung sind die Überschussverwendungsarten Verzinsliche Ansammlung und Invest-Bonus (sofern auch bei der Hauptversicherung gewählt) möglich.

Bonusansammlung (nicht zulässig bei Tarif N2514) bedeutet bei der Kapitalbildenden Lebensversicherung die Bildung von zusätzlichen Versicherungssummen in gleicher Höhe für den Todes- und Erlebensfall (bei N2506 und N2507 entsprechend der Leistungsstruktur der Grundversicherung).

Beim Erlebensfallbonus (nur zulässig für die Tarife N2504, N2508, N2509, und N2510) werden zusätzliche Versicherungssummen zur gezielten Steigerung der Erlebensfallleistung gebildet.

Invest-Bonus bedeutet, dass die Überschüsse in einem ausgewählten Fondsdepot bzw. Investmentfonds angelegt werden.

Ist bei den Tarifen N2504, N2505, N2508 oder N2509 eine flexible Abrufphase vereinbart und wurde als Überschussverwendung nicht „Invest-Bonus“ gewählt, werden die Überschüsse nach Beginn der Abrufphase immer verzinslich angesammelt.

Bei Tarif N2523 werden die Überschüsse ab dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, ab dem die versicherte Person das 100. Lebensjahr vollendet hat, verzinslich angesammelt, sofern nicht Invest-Bonus vereinbart ist.

Der Todesfallbonus bei der Risiko-Lebensversicherung nach den Tarifen N2501, N2501R, N2502, N2522, N2511 und N2512 bemisst sich in Prozent der Todesfallsumme und wird zusammen mit der Versicherungsleistung fällig.

Im Rentenbezug des Tarifs N2501R ist als Überschussverwendung dynamische Überschussrente vereinbart. Dabei handelt es sich um eine von Jahr zu Jahr steigende Überschussrente.

**Die Höhe der aus der Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn finanzierten Zusatzrente („dynamische Überschussrente“) hängt vor allem von der künftigen Entwicklung der Kapitalerträge und der durchschnittlichen Lebenserwartung ab und kann nicht garantiert werden. Bei einer ungünstigen Entwicklung finden evtl. keine Rentensteigerungen mehr statt. Die jeweils erreichte Rentenhöhe ist festgeschrieben.**

Die Wahl der Bonusrente bei den Berufsunfähigkeits-Zusatztarifen R und Ra der BUZ2008(C), bei der Erwerbsausfallrente R der BAZ2008 sowie der Erwerbsunfähigkeitsrente ER der EUZ2008 unter Verzicht auf laufende Überschussanteile hat automatisch den Abzug der Überschussanteile zu den übrigen Zusatztarifen am betreffenden Zusatzbeitrag zur Folge.

Bei Zusatztarif PR der PRZ2008 erfolgt die Überschussbeteiligung nach Ablauf der Hauptversicherung in Form eines Pflegebonus, der im Leistungsfall die versicherte Pflegerente erhöht.

Die Überschussbeteiligung des Tarifs N2568 erfolgt ausschließlich in Form eines Schlussüberschusses. Dieser berücksichtigt, in welcher Höhe der Vertrag zu den Kapitalanlagen des gesonderten Deckungsstocks beigetragen hat.

Die Tarife N2581 und N2582 sind nicht überschussberechtigt.

**Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung sind nicht möglich.**

#### 4. Flexible Abrufphase

Bei den Tarifen N2504, N2505, N2508, N2509 und N2568 (nicht jedoch bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag) kann für die letzten 5, 10, 15 oder 20 Jahre der Laufzeit der Hauptversicherung eine flexible Abrufphase vereinbart werden. Die flexible Abrufphase ist beitragsfrei. Die beantragte Vertragslaufzeit der Hauptversicherung bezieht sich immer auf das Ende der flexiblen Abrufphase. Die beantragte Versicherungsleistung wird zu Beginn der flexiblen Abrufphase erreicht. Während der flexiblen Abrufphase steigt die Versicherungssumme jährlich an. Während der flexiblen Abrufphase können die vorhandenen Werte mit Frist von einem Monat zum nächsten Monatsersten abgerufen werden. Werden die festgelegten Mindestsummen nicht unterschritten, sind auch mehrere Teilkapitalabrufe möglich, jedoch nicht öfter als einmal pro Kalenderjahr. Bei Tod der versicherten Person während der flexiblen Abrufphase wird der erreichte Vertragswert zum nächsten Monatsersten nach dem Todestag fällig.

#### Tarif N2568

Der Vertrag kann nach Ablauf der angegebenen Vertragslaufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung maximal 5 Jahre lang beitragsfrei fortgeführt werden.

Voraussetzung für die Inanspruchnahme der Abrufphase ist die fristgerechte Benachrichtigung der Gesellschaft; sonst wird die zum im Antrag festgelegten Vertragsablauf erreichte Erlebensfallleistung ausgezahlt.

Während der Abrufphase kann der Vertrag jederzeit mit Frist von einem Monat zum Monatsschluss abgerufen werden.

Die beantragte Erlebensfallsumme wird zu Beginn der Abrufphase erreicht und steigt während der Abrufphase jährlich an. In der Abrufphase beträgt die garantierte Erlebensfallsumme am Ende eines Jahres 95 % der dann erreichten Versicherungssumme, während im Todesfall die zuletzt in der Abrufphase erreichte Versicherungssumme in voller Höhe ausgezahlt wird.

#### 5. Versicherungsleistungen bei Tarif N2514

Bei Tod der versicherten Person in den ersten 3 Versicherungsjahren (= Wartezeit) werden die für die Hauptversicherung eingezahlten Beiträge zurückerstattet. Stirbt die versicherte Person während der Wartezeit durch Unfall, so wird aus der Hauptversicherung die Versicherungssumme fällig. Nach Ablauf der Wartezeit wird bei Tod der versicherten Person oder bei Erleben des Ablauftermins die Versicherungssumme zuzüglich der erwirtschafteten Überschüsse fällig.

Näheres zu den Versicherungsleistungen der Kapitalbildenden Lebensversicherung ohne Gesundheitsfragen enthalten die Allgemeinen Bedingungen sowie die Tarifbedingungen.

#### 6. Besonderheiten bei Tarif N2522 bzw. N2501E

Versicherungen nach Tarif N2522 können nur in Verbindung mit dem als Direktversicherung beantragten Tarif NR2502 abgeschlossen werden. Erlischt die Direktversicherung nach Tarif NR2502, endet auch die Risiko-Lebensversicherung nach Tarif N2522. Die Versicherungssumme der Risiko-Lebensversicherung nach Tarif N2522 bzw. N2501E stimmt mit der Beitragssumme bzw. mit dem Einmalbeitrag des Tarifs NR2502 (ohne Beitragsteile für die Zusatzversicherung) überein. Die versicherte Person des Tarifs NR2502 stimmt mit der versicherten Person des Tarifs N2522 bzw. N2501E überein. Diese versicherte Person ist für Tarif N2522 bzw. N2501E zudem Versicherungsnehmer.

#### 7. Versicherungsleistungen bei Tarif N2523

Stirbt die versicherte Person vor dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, an dem sie das 100. Lebensjahr vollendet hat, wird die Versicherungssumme fällig. Erlebt sie diesen Termin, steigt die Versicherungsleistung von Jahr zu Jahr beitragsfrei weiter an. Im Todesfall wird dann der erreichte Vertragswert zum nächsten Monatsersten nach dem Todestag ausgezahlt.

#### 8. Versicherungsleistungen bei Tarif N2505

Im Todesfall der während der Versicherungsdauer zuerst sterbenden Person werden 50 % (N2505/50), 60 % (N2505/60), 70 % (N2505/70), 80 % (N2505/80), 90 % (N2505/90) oder 100 % (N2505/100) der gleich bleibenden Todesfallsumme (=Versicherungssumme) gezahlt. Im Todesfall der während der Versicherungsdauer gleichzeitig oder später sterbenden Person wird die Differenz zur beantragten Leistungsstufe gezahlt (z. B. beträgt die Leistung bei Tarif N2505/60 dann 40 % der gleich bleibenden Versicherungssumme). Bei Tod der während der Versicherungsdauer mit laufender Beitragszahlung zuerst sterbenden versicherten Person wird die Versicherung vom folgenden Versicherungsjahr an beitragsfrei.

Im Erlebensfall beider versicherten Personen wird die Versicherungssumme gezahlt.

Erlebt nur eine versicherte Person den Vertragsablauf, so wird die Differenz zur beantragten Leistungsstufe gezahlt (z. B. beträgt die Leistung bei Tarif N2405/80 dann 20 % der Versicherungssumme).

## Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag (Comfort-)Rentenversicherung

### 1. Planmäßige Erhöhung von Beitrag und Versicherungsleistungen (NÜRNBERGER Plus)

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung (außer bei Beitragsdepot bei der FÜRST FUGGER Privatbank und bei Direktversicherungen) ist vereinbart, dass der Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 5 %, mindestens jedoch im gleichen Verhältnis wie der Höchstbeitrag in der Gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten erhöht wird.

Bei Versicherungen mit Beitragszahlung über ein Beitragsdepot bei der FÜRST FUGGER Privatbank ist vereinbart, dass der Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 5 % erhöht wird.

Beim Tarif NR2501 mit laufender Beitragszahlung und einer versicherten Person mit Eintrittsalter bis 7 Jahre ist vereinbart, dass der Beitrag zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres um 3 % erhöht wird.

Der Versicherungsnehmer kann die Erhöhung des Beitrags auch nach einem festen Prozentsatz (3 - 15 % bei der Comfort-Rentenversicherung bzw. 3 - 20 % bei den sonstigen Rentenversicherungen - bei Beitragsdepot bei der FÜRST FUGGER Privatbank 3 - 10% - bei Tarif NR2501 mit Eintrittsalter der versicherten Person unter 8 Jahren nur 3 % möglich) beantragen oder das Recht auf planmäßige Erhöhung völlig ausschließen.

Die Gesellschaft verpflichtet sich, die daraus resultierende Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung vorzunehmen.

**Die Erhöhungen erfolgen nach dem Tarif der Grundversicherung. Bei Änderung der Rechnungsgrundlagen werden Erhöhungen nach den Rechnungsgrundlagen der dann zum Verkauf offenen Tarife durchgeführt.**

Bei Direktversicherungen erfolgen Erhöhungen jedoch nur bis der Gesamtbeitrag 4 % der Beitragsbemessungsgrenze, in der Rentenversicherung der Arbeiter und Angestellten erreicht hat. Ab diesem Zeitpunkt erfolgen planmäßige Erhöhungen nur noch dann, wenn die Beitragsbemessungsgrenze steigt. In diesem Fall erhöht sich der Beitrag betragsmäßig so, dass der neue Gesamtbeitrag 4 % der zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Beitragsbemessungsgrenze beträgt.

Eingeschlossene Zusatzversicherungen werden im gleichen Verhältnis erhöht. Für eine Berufsunfähigkeitsrente (Zusatztarife R und Ra) der BUZ2008(C), eine Erwerbsausfallrente (Zusatztarif R) der BAZ2008, eine Erwerbsunfähigkeitsrente (Zusatztarif ER) der EUZ2008 und eine Pflegerente (Zusatztarif PR) der PRZ2008 findet jedoch keine Erhöhung mehr statt, nachdem die jeweilige gesamte jährliche Barrente erstmals 30.000 EUR bzw. bei der Schulunfähigkeitsrente erstmals 12.000 EUR erreicht oder überschritten hat. Bei der Schnellhilfe-Zusatzversicherung SH2008 findet keine Erhöhung mehr statt, wenn die gesamte versicherte Kapitaleistung aus Zusatztarif SH2008 erstmals 30.000 EUR erreicht oder überschritten hat. Die auf R, Ra, ER bzw. PR entfallenden Beitragsteile werden dann zur Erhöhung der Grundversicherung und sonstiger eingeschlossener Zusatzversicherungen verwendet.

Im Übrigen gelten die „Besonderen Bedingungen für die Rentenversicherung mit NÜRNBERGER Plus“.

### 2. Erläuterung der Überschussanteile vor Rentenbeginn

Sie haben verschiedene Möglichkeiten zur Verwendung der Überschussanteile. Sie können in der Regel jede Möglichkeit bei der Hauptversicherung mit einer der Möglichkeiten bei den Zusatzversicherungen beliebig kombinieren bis auf folgende Ausnahmen:

- Beitragsabzug bei der Hauptversicherung zusammen mit verzinslicher Ansammlung bei Zusatzversicherungen.
- Invest-Bonus bei den Zusatzversicherungen ist nur möglich, sofern die Hauptversicherung ebenfalls Invest-Bonus als Überschussverwendung hat.

Bei Rentenversicherungen gegen Einmalbeitrag sind nur Rentenbonus (bzw. bei N2504CRE stattdessen Bonusansammlung), verzinsliche Ansammlung (nicht bei N2504CRE) und Invest-Bonus, bei Zusatztarifen gegen Einmalbeitrag sind nur verzinsliche Ansammlung und Invest-Bonus zulässig.

Beitragsabzug bei der Hauptversicherung ist nicht möglich, wenn eine flexible Abrufphase vereinbart wird.

Beitragsabzug ist für Tarif NR2551 nicht möglich.

Die Wahl der Bonusrente bei den Berufsunfähigkeits-Zusatztarifen R und Ra der BUZ2008(C), bei der Erwerbsausfallrente R der BAZ2008 sowie der Erwerbsunfähigkeitsrente ER der EUZ2008 unter Verzicht auf laufende Überschussanteile hat automatisch den Abzug der Überschussanteile zu den übrigen Zusatztarifen am betreffenden Zusatzbeitrag zur Folge. Bei Zusatztarif PR der PRZ2008 erfolgt die Überschussbeteiligung nach Beginn der Altersrente in Form eines Pflegebonus, der im Leistungsfall die versicherte Pflegerente erhöht.

Invest-Bonus bedeutet, dass die Überschüsse in einem ausgewählten Fondsdepot bzw. Investmentfonds angelegt werden.

Rentenbonus (nicht zulässig bei N2504CR, N2508CR, N2509CR) bedeutet bei den Rentenversicherungen die Bildung von Zusatzrenten, die vom vereinbarten Rentenbeginn an zusammen mit der versicherten Rente fällig werden. Bei Tod oder Kündigung wird dagegen aus dem Rentenbonus keine Leistung gewährt.

Bonusansammlung (nur zulässig bei N2504CR, N2508CR, N2509CR) bedeutet die Bildung von zusätzlichen Todes- und Erlebensfallsummen.

Ist bei den Tarifen NR2501, NR2501V, N2504CR, N2508CR, N2509CR eine flexible Abrufphase vereinbart und wurde als Überschussverwendung nicht „Invest-Bonus“ gewählt, werden die Überschüsse nach Beginn der flexiblen Abrufphase immer verzinslich angesammelt.

Bei den Tarifen N2568CR und NR2561 werden die Überschüsse vor Rentenbeginn ausschließlich in Form eines Schlussüberschusses, dessen Höhe sich nach der Wertentwicklung der Kapitalanlagen in dem gesonderten Deckungsstock richtet, gewährt.

**Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung sind nicht möglich.**

### 3. Erläuterung der Überschussanteile nach Rentenbeginn

Für die Zeit nach Rentenbeginn stehen 2 Formen der Überschussbeteiligung zur Wahl: Entweder die von Jahr zu Jahr steigende dynamische Überschussrente oder die teildynamische Bonusrente. Bei dieser ergibt sich zum Rentenbeginn ein höherer Auszahlungsbetrag als bei der dynamischen Überschussrente bei einem niedrigeren alljährlichen Steigerungsprozentsatz.

**Die Höhe der aus der Überschussbeteiligung nach Rentenbeginn finanzierten Zusatzrente („teildynamische Bonusrente“, „dynamische Überschussrente“) hängt vor allem von der künftigen Entwicklung der Kapitalerträge und der durchschnittlichen Lebenserwartung ab und kann nicht garantiert werden. Bei einer ungünstigen Entwicklung finden evtl. keine Rentensteigerungen mehr statt oder die Zusatzrente entfällt ganz. Bei der dynamischen Überschussrente ist im Rentenbezug die jeweils erreichte Rentenhöhe festgeschrieben. Bei der teildynamischen Bonusrente kann im Rentenbezug die Zusatzrente auch sinken.**

**Verbindliche Angaben über die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung sind nicht möglich.**

### 4. Kapitalabfindung

Bei den Tarifen NR2501, NR2501V, NR2551, NR2561, NR2502, NR2505, N2504CR, N2508CR, N2509CR, N2568CR besteht zum vereinbarten Rentenbeginn die Möglichkeit, statt der Rentenzahlung eine einmalige Kapitalabfindung zu wählen, sofern die hauptversicherte Person diesen Termin erlebt. Die Kapitalabfindung der Hinterbliebenenrente ist bei Tarif NR2505 bei Tod der hauptversicherten Person ausgeschlossen.

Mit Auszahlung der Kapitalabfindung erlischt die Versicherung.

### 5. Flexible Abrufphase

Bei Verträgen nach den Tarifen NR2501, NR2501V, NR2561, N2504CR, N2508CR, N2509CR und N2568CR (nicht jedoch bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag) kann für die letzten 5, 10, 15 oder 20 Jahre der Aufschubdauer eine flexible Abrufphase vereinbart werden. Die flexible Abrufphase ist beitragsfrei. Die beantragte Aufschubdauer bezieht sich immer auf das Ende der flexiblen Abrufphase. Die beantragte Jahresrente wird zu Beginn der flexiblen Abrufphase erreicht. Während der flexiblen Abrufphase steigen die Jahresrente sowie die Kapitalabfindung jährlich an. Während der flexiblen Abrufphase können die vorhandenen Werte mit Frist von einem Monat zum nächsten Monatsersten verrentet oder als einmalige Kapitalabfindung ausgezahlt werden. Werden die festgelegten Mindestsummen nicht unterschritten, sind auch mehrere Teilkapitalabrufe möglich, jedoch nicht öfter als einmal pro Kalenderjahr. Bei Tod der versicherten Person während der flexiblen Abrufphase wird das vorhandene Kapital zum nächsten Monatsersten nach dem Todestag fällig.

### 6. Besonderheit bei Tarif NR2501 (Versicherung von Kindern)

Bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres der versicherten Person darf die Todesfallleistung die üblichen Bestattungskosten nicht übersteigen.

Deshalb ist die Höhe des Monatsbeitrags bei einem Eintrittsalter der versicherten Person unter 7 Jahren auf 75 EUR begrenzt. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag darf der Einmalbeitrag höchstens 7.000 EUR betragen.

### 7. Besonderheiten bei den Tarifen NR2502 und NR2505

Mir ist bekannt, dass ich bei Abschluss einer Rentenversicherung nach Tarif NR2502 und NR2505 gegen Einmalbeitrag gemäß § 4 der Allgemeinen Bedingungen für die Rentenversicherung kein Kündigungsrecht ausüben kann.

Mir ist bekannt, dass bei einer Rentenversicherung nach Tarif NR2502 und NR2505 im Todesfall keinerlei Leistungen fällig werden (mit Ausnahme einer evtl. Hinterbliebenenrente bei Tarif NR2505).

---

## Information zur Überschussverwendung Invest-Bonus

Der Wert des Invest-Bonus unterliegt kapitalmarktbedingten Schwankungen und hängt von der Entwicklung des ausgewählten Fondsdepots bzw. Investmentfonds ab. Die Erfahrungen der Vergangenheit zeigen, dass die Schwankungsbreite der Fondsergebnisse um so geringer ist, je länger die Laufzeit/Aufschubdauer des Vertrags gewählt wurde. Die kapitalmarktbedingten Schwankungen sind bei aktienorientierten Fondsdepots bzw. Investmentfonds erfahrungsgemäß stärker als bei Fondsdepots bzw. Investmentfonds, die in festverzinslichen Werten anlegen. Eine zu kurze Laufzeit/Aufschubdauer erhöht das Anlagerisiko zusätzlich. Wenn aufgrund der Kapitalmarktlage eine Kapitalisierung nicht für sinnvoll erachtet wird, können die Fondsanteile in ein privates Depot übertragen werden, sofern die Fondsanlage nicht in einem Managed Fund erfolgt. Somit kann im Bedarfsfall für den Invest-Bonus eine kapitalmarktbedingte Verlängerung genutzt werden. Bei der Überschussverwendung Invest-Bonus wird das Risiko bezüglich der Kapitalanlage der laufenden Überschussanteile vom Versicherungsnehmer getragen.

## Tarifübersicht Zusatzversicherungen

### R - Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ2008(C)) - Rente

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Form einer monatlichen Barrente mit gleicher Versicherungs- und Leistungsdauer.

### Ra - Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ2008(C)) - Rente

Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung in Form einer monatlichen Barrente mit gegenüber der Leistungsdauer abgekürzter Versicherungsdauer.

### B - Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ2008(C)) - Beitragsfreiheit

Beitragsfreiheit bei Berufs-/Schulunfähigkeit für alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Die Beitragszahlungsdauer stimmt mit der der Hauptversicherung überein. Die vereinbarte Versicherungs- und Leistungsdauer ist mit der Beitragszahlungsdauer identisch.

### Bp – Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung (BUZ2008(C)) - Beitragsfreiheit plus

Beitragsfreiheit für die Hauptversicherung und alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen sowie beitragsfreie planmäßige Erhöhungen (NÜRNBERGER Plus) für die Hauptversicherung bei Berufsunfähigkeit.

Bei Versicherungen, für die NÜRNBERGER Plus entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrags in der Gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten vereinbart ist, beträgt der Erhöhungsprozentsatz der beitragsfreien Erhöhungen der Hauptversicherung bei Berufsunfähigkeit 5 %. Wird NÜRNBERGER Plus nach festem Prozentsatz vereinbart, so erfolgen bei Berufsunfähigkeit die beitragsfreien Erhöhungen der Hauptversicherung nach demselben Prozentsatz, höchstens jedoch um 10 %.

**Tarif Bp ist nicht möglich, wenn**

- eine Karenzzeit bei der BUZ2008/BUZ2008C vereinbart ist oder
- einer der Zusatztarife RZ2008, TZ2008, UZ2008 oder PRZ2008 eingeschlossen ist oder
- der Vertrag als Direktversicherung abgeschlossen wird oder
- keine planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart sind oder
- die Hauptversicherung nach Tarif N2501, N2501R oder N2511 beantragt ist.

**Ist für die Hauptversicherung Beitragsfreiheit bei Berufsunfähigkeit beantragt, so ist Tarif Bp vereinbart, sofern der Einschluss von Bp möglich ist; ansonsten ist Tarif B vereinbart.**

**Berufsunfähigkeit liegt vor**, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande ist, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf – so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war – oder eine andere Tätigkeit auszuüben, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer zu mindestens 50 % berufsunfähig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen: Volle Beitragsbefreiung und Zahlung der vereinbarten Berufsunfähigkeitsrente.

Bei Vereinbarung einer Karenzzeit (nur bei Zusatztarif B und R möglich) entsteht der Anspruch auf die Leistung aus dem Zusatztarif erst mit dem Ablauf der Karenzzeit, sofern während der Karenzzeit Berufsunfähigkeit aufgrund derselben Ursache bestanden hat und deren Ablauf noch andauert.

### Besondere Vorteile der BUZ2008C

- Verzicht auf abstrakte Verweisbarkeit.  
Die versicherte Person gilt auch dann noch als berufsunfähig, wenn sie eine andere als die bisherige Tätigkeit ausüben kann, aber nicht konkret ausübt.
- Recht auf Erhöhung der Berufsunfähigkeits-Leistungen ohne Gesundheitsprüfung bei bestimmten die versicherte Person betreffenden Ereignissen (z. B. Heirat, Geburt eines Kindes, berufliche Höherqualifikation etc.).
- Wiedereingliederungshilfe bei Reaktivierung nach erfolgreicher Umschulung in Höhe von 6 Monatsrenten, insgesamt bis zu 6.000 EUR.

### Besonderheiten zur Schulunfähigkeitsversicherung (BUZ2008S)

Es gelten die angegebenen Leistungen bei Schulunfähigkeit, nach Beendigung der Schul-/Studienzeit gelten sie nur bei Erwerbsunfähigkeit.

Bei der Schulunfähigkeitsversicherung haben Sie mit der Wahl der Umstellungs- und Erhöhungsoption auf die Comfort-Variante zusätzlich die Option, unter den in den Allgemeinen Bedingungen zur Schulunfähigkeitsversicherung genannten Voraussetzungen den Vertrag in eine Berufsunfähigkeitsversicherung mit Verzicht auf abstrakte Verweisung umzustellen.

### R - BasisErwerbsausfall-Zusatzversicherung (BAZ2008) - Rente

Erwerbsausfall-Zusatzversicherung in Form einer monatlichen Barrente mit gleicher Versicherungs- und Leistungsdauer.

**Voller Erwerbsausfall** liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer der BAZ2008 infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich dauernd außerstande ist, einer Erwerbstätigkeit von mindestens drei Stunden täglich nachzugehen. Dann erbringen wir folgende Versicherungsleistung: volle Beitragsbefreiung und Zahlung der vereinbarten Erwerbsausfallrente.

**Teilweiser Erwerbsausfall** liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer der BAZ2008 aufgrund eben genannter Ereignisse voraussichtlich dauernd nur noch imstande ist, einer Erwerbstätigkeit von mindestens drei und weniger als sechs Stunden täglich nachzugehen. Dann erbringen wir folgende Versicherungsleistung: Volle Beitragsbefreiung und Zahlung der halben vereinbarten Erwerbsausfallrente.

### B – BasisErwerbsausfall-Zusatzversicherung (BAZ2008) - Beitragsfreiheit

Beitragsfreiheit bei vollem oder teilweisem Erwerbsausfall für alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen. Die Beitragszahlungsdauer stimmt mit der der Hauptversicherung überein. Die vereinbarte Versicherungs- und Leistungsdauer ist mit der Beitragszahlungsdauer identisch.

### Bp – BasisErwerbsausfall-Zusatzversicherung (BAZ2008) - Beitragsfreiheit plus

Beitragsfreiheit für die Hauptversicherung und alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen sowie beitragsfreie planmäßige Erhöhungen (NÜRNBERGER Plus) für die Hauptversicherung bei vollem oder teilweisem Erwerbsausfall.

Bei Versicherungen, für die NÜRNBERGER Plus entsprechend der Steigerung des Höchstbeitrags in der Gesetzlichen Rentenversicherung der Angestellten vereinbart ist, beträgt der Erhöhungsprozentsatz der beitragsfreien Erhöhungen der Hauptversicherung bei Erwerbsausfall 5 %. Wird NÜRNBERGER Plus nach festem Prozentsatz vereinbart, so erfolgen bei Erwerbsausfall die beitragsfreien Erhöhungen der Hauptversicherung nach demselben Prozentsatz, höchstens jedoch um 10 %.

**Tarif Bp ist nicht möglich, wenn**

- einer der Zusatztarife RZ2008, TZ2008, UZ2008 oder PRZ2008 eingeschlossen ist oder
- der Vertrag als Direktversicherung abgeschlossen wird oder
- keine planmäßigen Erhöhungen nach NÜRNBERGER Plus vereinbart sind oder
- die Hauptversicherung nach Tarif N2501, N2501R oder N2511 beantragt ist.

**Ist für die Hauptversicherung Beitragsfreiheit bei Erwerbsausfall beantragt, so ist Tarif Bp vereinbart, sofern der Einschluss von Bp möglich ist; ansonsten ist Tarif B vereinbart.**

### ER - Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ2008) - Rente

Monatliche Rente bei Erwerbsunfähigkeit.

### EB - Erwerbsunfähigkeits-Zusatzversicherung (EUZ2008) - Beitragsfreiheit

Beitragsfreiheit bei Erwerbsunfähigkeit für die Hauptversicherung und alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

### PR – Pflegerenten-Zusatzversicherung (PRZ2008) - Rente

Monatliche Rente bei Pflegebedürftigkeit mit lebenslanger Versicherungs- und Leistungsdauer. Im Pflegefall wird je nach Grad der Pflegebedürftigkeit 40 % (Pflegestufe I), 70 % (Pflegestufe II) oder 100 % (Pflegestufe III) der versicherten Rente gewährt. Die Beitragszahlungsdauer stimmt mit der der Hauptversicherung überein. Die Versicherungsdauer und die Leistungsdauer sind lebenslang. Die Beitragszahlungsdauer (nicht bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag) stimmt mit der der Hauptversicherung überein. Bei Tarifen mit beitragspflichtiger Abrufphase stimmt für Zusatztarif PR die Beitragszahlungsdauer mit der Versicherungs- bzw. Aufschubdauer der Hauptversicherung bis zum Beginn der Abrufphase überein. Die Leistungsdauer ist lebenslang. Ist Zusatztarif R bzw. Ra nicht im Vertrag eingeschlossen, beginnt die Leistungsdauer für Zusatztarif PR bei Vertragsbeginn, bei Einschluss von Zusatztarif R bzw. Ra jedoch erst mit dem Ablauf der Versicherungsdauer von R bzw. Ra.

### PB – Pflegerenten-Zusatzversicherung (PRZ2008) - Beitragsfreiheit

Beitragsfreiheit bei Pflegebedürftigkeit für die Hauptversicherung und alle eingeschlossenen Zusatzversicherungen.

### SH – SchnellHilfe-Zusatzversicherung (SH2008) (nur möglich zur BUZ2008(C) und zur BAZ)

Einmalige Kapitalleistung bei Eintritt folgender schwerer Erkrankungen bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer mit 30-tägiger Karenzzeit (Leistungsvoraussetzung: 30-tägiges Überleben der versicherten Person ab Eintritt des Versicherungsfalles). Diese Zusatzversicherung kann längstens bis zum Ende der Versicherungsdauer von Zusatztarif R oder Ra eingeschlossen werden und erlischt mit dem 1. Leistungsfall.

### Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Absterben eines Teils des Herzmuskels (Myokards) infolge eines ischämischen Ereignisses (mangelnder Sauerstoffzufuhr), das zu einer dauerhaften behandlungsbedürftigen Funktionsstörung des Herzens (Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen) führt. Voraussetzung für die Leistung ist, dass fachärztlich ein frischer mit charakteristischen Brustschmerzen einhergehender und anhand aussagekräftiger kardiologischer Befunde eindeutig belegter Herzinfarkt sowie eine dadurch verursachte voraussichtlich mindestens 3 Monate bestehende behandlungsbedürftige Funktionsstörung des Herzens nachgewiesen werden. Ein stummer Herzinfarkt sowie andere akute Koronarsyndrome (z. B. Angina pectoris) sind nicht versichert.

### Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

Dauerhafte fachärztlich aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomografie, Kernspintomografie) nachgewiesene Schädigung des Gehirns durch einen frischen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt. Voraussetzung für die Leistung ist, dass zudem ein voraussichtlich mindestens 3 Monate bestehender Verlust neurologischer Fähigkeiten fachärztlich nachgewiesen wird. Nicht in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA, PRIND), die sich ohne Folgen zurückbilden, sowie migränebedingte neurologische Ausfallserscheinungen.

### Krebs (maligne Tumore)

Ein bösartiger Tumor, der durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist. In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Leukämien und Lymphknotenkrebs (maligne Lymphome). Voraussetzung für die Leistung ist die histologisch gesicherte onkologische Diagnose. Ausgeschlossen sind:

- alle Tumore, die histologisch nicht eindeutig als bösartig beschrieben werden.
- alle Carcinomata in situ (spezielle Kriterien erfüllende Anfangsstadien bösartiger Tumore).
- alle CIN Stadien (speziell definierte Vorläufer- bzw. Frühstadien bösartiger Tumore des Gebärmutterhalses).
- alle Hautkrebserkrankungen; maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm (Clark-Level IV und V) sind jedoch in den Versicherungsschutz eingeschlossen.
- frühe Stadien des Seminoms (spezielle Form des Hodentumors) und Prostatakarzinoms (TNM-Klassifikation: T1).

#### **Gutartiger Hirntumor (Benigner Hirntumor)**

Nicht bösartiger Tumor des Gehirns oder der Hirnanhangdrüse (Hypophyse), der zu bleibenden neurologischen Ausfallserscheinungen führt. Ausdrücklich ausgeschlossen sind alle Zysten, Granulome, Neurinome, Fehlbildungen der Hirnarterien oder Hirnvenen, Hämatoome und Tumore der Wirbelsäule. Voraussetzung für die Leistung ist, dass fachärztlicherseits aufgrund entsprechender Untersuchungsbefunde bestätigt wird, dass die durch einen gutartigen Hirntumor verursachten neurologischen Ausfallserscheinungen voraussichtlich mindestens 3 Monate bestehen.

#### **Nierenversagen (Niereninsuffizienz)**

Endgültiges nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse oder eine Nierentransplantation durchgeführt werden muss. Voraussetzung für die Leistung ist die fachärztlich gesicherte Indikation für die Dialyse.

Im Übrigen gelten die Bedingungen für die SchnellHilfe-Zusatzversicherung.

#### **Sterberenten-Zusatzversicherung (RZ2008)**

Monatliche Zeitrente bei Tod der versicherten Person, zahlbar bis zum Ablauf der Versicherungsdauer. Der Bezugsberechtigte kann jederzeit die Abfindung einer laufenden Rente durch eine gleichwertige Einmalzahlung in Anspruch nehmen.

#### **Todesfall-Zusatzversicherung (TZ2008)**

Zusatzkapital bei Tod der versicherten Person. In den ersten 10 Jahren kann die Zusatzversicherung in eine Kapitalversicherung auf den Todes- und Erlebensfall umgetauscht werden.

#### **Unfalltod-Zusatzversicherung (UZ2008)**

Zusatzkapital bei Unfalltod der versicherten Person.

Für die Zusatztarife RZ2008, TZ2008, UZ2008, BUZ2008, BU2008C, BAZ2008, SH2008 und EUZ2008 gegen laufende Beitragszahlung ist die im Antrag vereinbarte Dauer mit der Beitragszahlungsdauer identisch.

## **Informationen bezüglich des Bezugsrechts bei Direktversicherungen**

### **Bezugsberechtigung im Erlebensfall**

Werden die Beiträge aus Entgeltumwandlung geleistet, ist die versicherte/hauptversicherte Person im Erlebensfall gemäß § 1 b (5) des Betriebsrentengesetzes (BetrAVG) unwiderruflich bezugsberechtigt. Sind die Beiträge arbeitgeberfinanziert, ist die versicherte/hauptversicherte Person bis zum Ablauf der Fristen für die Unverfallbarkeit betrieblicher Versorgungsanswartschaften gemäß § 1b (1) und (2) BetrAVG unwiderruflich bezugsberechtigt. Nach Ablauf dieser Fristen wird der Leistungsanspruch im Erlebensfall unwiderruflich. Davon abweichend kann der Arbeitgeber bereits vorher der versicherten/hauptversicherten Person ein unwiderrufliches Bezugsrecht einräumen.

### **Todesfalleleistungen und Bezugsberechtigung im Todesfall**

Im Todesfall der versicherten Person wird die versicherte Todesfalleistung nur dann ausgezahlt, sofern die versicherte Person steuerlich zulässige Hinterbliebene im Sinne der „Zusätzlichen Vereinbarung zur Direktversicherung gemäß § 3 Nr. 63 EStG“ hinterlässt.

Als versicherte Todesfalleistung wird bei den Tarifen NR2501V, NR2541, NR2551, NR2561V vor Rentenbeginn die Beitragsrückgewähr. Die Auszahlung der Todesfalleistung erfolgt standardmäßig in Form einer lebenslangen Hinterbliebenenrente. Optional können diese Leistungen auch als einmalige Kapitalabfindung erfolgen.

**Bei Tarif NR2505 beginnt nach Tod der hauptversicherten Person die Hinterbliebenenrentenzahlung an die mitversicherte Person, sofern und solange die mitversicherte Person noch lebt und zum Personenkreis der steuerlich zulässigen Hinterbliebenen im Sinne der „Zusätzlichen Vereinbarung zur Direktversicherung gemäß § 3 Nr. 63 EStG“ gehört. Bei Tod der mitversicherten Person wird keine Leistung fällig.**

Steuerlich zulässige Hinterbliebene im Sinne der „Zusätzlichen Vereinbarung zur Direktversicherung gemäß § 3 Nr. 63 EStG“ und damit bezugsberechtigt für die Versicherungsleistungen sind (bei den Tarifen NR2501V, NR2541, NR2551, NR2561V in nachstehender Rangfolge, soweit keine andere Rangfolge vereinbart wurde):

- die Witwe bzw. der Witwer der versicherten/hauptversicherten Person bzw. bei einer eingetragenen Lebenspartnerschaft der/die Lebenspartner/in zum Zeitpunkt des Todes;
- bei den Tarifen NR2501V, NR2541, NR2551, NR2561V eheliche und diesen i. S. d. § 32 Abs. 1 EStG rechtlich gleichgestellte Kinder der versicherten Person zu gleichen Teilen, wenn das Kind das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet hat bzw. das 25. Lebensjahr noch nicht vollendet hat und sich nachweislich noch in Schul- oder Berufsausbildung befindet oder aber eine der Übrigen in § 32 Absatz 4 Satz 1 Nr. 1 bis 3 EStG genannten Voraussetzungen erfüllt;
- in Einzelfällen auch die Lebensgefährtin oder der Lebensgefährte der versicherten /hauptversicherten Person.  
Voraussetzung für die Zahlung einer Hinterbliebenenleistung an eine Lebensgefährtin oder einen Lebensgefährten ist, dass der Arbeitnehmer (versicherte/hauptversicherte Person) diese/n in einer schriftlichen Vereinbarung mit dem Arbeitgeber (Versicherungsnehmer) namentlich benannt und versichert hat, dass ein gemeinsamer Wohnsitz und eine gemeinsame Haushaltsführung bestehen und dass er den Arbeitgeber unverzüglich informiert, sofern sich an diesen Voraussetzungen etwas geändert hat.

Stirbt die versicherte Person und hinterlässt keine steuerlich zulässigen Hinterbliebenen im Sinne der „Zusätzlichen Vereinbarung zur Direktversicherung gemäß § 3 Nr. 63 EStG“, so wird die versicherte Todesfalleistung, höchstens jedoch das übliche Sterbegeld fällig.

## **Informationen bezüglich der arbeitsrechtlichen Gestaltung bei Direktversicherungen**

### **Beitragsorientierte Leistungszusage**

Die beitragsorientierte Leistungszusage ist eine Variante der Leistungszusage. Hier sagt der Arbeitgeber zu, bestimmte Beiträge in Versorgungsleistungen umzuwandeln. Die Höhe der Leistung hängt von den gezahlten Beiträgen ab und errechnet sich nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen.

### **Beitragszusage mit Mindestleistung**

Der Arbeitgeber sagt dabei seinem Arbeitnehmer nicht eine bestimmte Höhe an Versorgungsleistungen zu, sondern nur einen festen Finanzierungsbetrag (die gezahlten Beiträge) hierfür. Die Versorgungsleistungen ergeben sich aus der Summe der gezahlten Beiträge sowie aus den erwirtschafteten Erträgen. Im Versorgungsfall steht dem Arbeitnehmer als Mindestleistung die Summe der Beiträge zur Versorgung zur Verfügung, die nicht zur Absicherung von biometrischen Risiken verbraucht worden sind. Es besteht zumindest die theoretische Möglichkeit, dass aufgrund dauerhaft schlechten Verlaufs der Kapitalanlageergebnisse oder plötzlicher massiver Verluste im Versicherungsfall die im BetrAVG hierfür vorgesehene Mindestleistung nicht erreicht wird („Summe der zugesagten Beiträge, soweit sie nicht rechnungsmäßig für einen Risikoausgleich verbraucht wurden“). Insoweit kann der Arbeitgeber für den Differenzbetrag eintreten müssen.

### **Zusätzlich gilt für die Entgeltumwandlung**

Bei vorzeitigem Ausscheiden wird dem versicherten Arbeitnehmer die Versicherungsnehmereigenschaft (versicherungsvertragliches Verfahren) nach § 2 Abs. 2 BetrAVG übertragen.

### **Auszahlung von Leistungen bei Direktversicherungen**

Alters- und Todesfalleleistungen (vor Rentenbeginn) werden bei Direktversicherungen gemäß den Bestimmungen des § 3 Nr. 63 EStG grundsätzlich in Form einer lebenslangen Rente an den Begünstigten oder dessen steuerlich zulässige Hinterbliebene gezahlt. Optional können diese Leistungen auch als einmalige Kapitalabfindung erfolgen. Bei Tod während der vereinbarten Rentengarantiezeit (ab Rentenbeginn gerechnet) wird die gesamte Rente (inkl. Rente aus Überschüssen) monatlich bis zum Ablauf der Rentengarantiezeit an die steuerlich zulässigen Hinterbliebenen weitergezahlt, eine Kapitalisierung ist nicht möglich.

Wird eine Todesfalleistung fällig und sind keine steuerlich zulässigen Hinterbliebenen vorhanden, kann ein einmaliges angemessenes Sterbegeld an andere Personen ausgezahlt werden. Die Höhe des Sterbegeldes entspricht der Todesfalleistung des Versicherungsvertrags, max. jedoch dem Höchstbetrag gemäß § 2 KStDV.

## Hinweise und Erläuterungen zum Versicherungsvertrag -

### Krankentagegeld-Versicherung

#### 1. Tarifbeschreibung

##### **Tarif TA6 - Krankentagegeld-Versicherung**

Krankentagegeld für Arbeitnehmer mit einer Karenzzeit von 6 Wochen für die Dauer der Arbeitsunfähigkeit nach Ablauf der Karenzzeit.

#### 2. Versicherungsdauer

Der Krankenversicherungs-Vertrag wird für die Dauer von 1 Jahr. Er verlängert sich stillschweigend um je 1 Jahr, sofern er nicht bedingungsgemäß gekündigt wird. Bei Tarif TA6 rechnet das 1. Versicherungsjahr vom Versicherungsbeginn an und endet am 31.12. des betreffenden Kalenderjahres; die folgenden Versicherungsjahre fallen mit dem Kalenderjahr zusammen.

#### 3. Abschluss des Vertrages

Mir ist bekannt, dass der Versicherungsvertrag erst zustande kommt, wenn das Unternehmen schriftlich die Annahme des Antrages erklärt hat oder der Versicherungsschein ausgehändigt oder angeboten wird.

Sofern besondere Vereinbarungen erforderlich sind, unterbreiten wir Ihnen ein Angebot. Sie können sich dann entscheiden, ob Sie ein Vertragsverhältnis zu den angebotenen Konditionen eingehen wollen. Nicht immer kann der beantragte Versicherungsschutz geboten werden. Solche Anträge kann die NÜRNBERGER Krankenversicherung AG ablehnen. Deshalb bitten wir Sie, anderweitig bestehenden Versicherungsschutz erst dann aufzugeben, wenn Ihr Vertrag zustande gekommen ist.

#### 4. Erklärungen zum Nettoeinkommen bei Anträgen auf Krankentagegeld

Für die Krankentagegeld-Versicherung bestätige ich, dass der gewünschte Tagessatz auch unter Berücksichtigung bestehender und beantragter Versicherungen mein durchschnittliches Nettoeinkommen nicht übersteigt und, soweit ein Anstellungsverhältnis besteht, die gewählte Karenzzeit der Dauer der Gehaltsfortzahlung im Krankheitsfall entspricht.

#### 5. Gesundheitsangaben

Falls ich gewisse Angaben dem Vermittler gegenüber nicht machen möchte, so kann ich diese gegenüber dem Unternehmen in Nürnberg unmittelbar schriftlich nachholen. Diese Mitteilung muss innerhalb einer Frist von 7 Tagen seit Antragstellung dem Unternehmen zugegangen sein.

NÜRNBERGER Lebensversicherung AG  
Sitz und Registergericht Nürnberg HR B 9342  
Aufsichtsrat: Hans-Peter Schmidt (Vorsitzender)  
Vorstand: Dr. Werner Rupp (Sprecher), Walter Bockschecker, Henning von der Forst,  
Dr. Wolf-Rüdiger Knocke, Dr. Hans-Joachim Rauscher, Dr. Armin Zitzmann

Deutsche Bank AG Nürnberg (BLZ760 700 12) 062789300

Sitz: 90334 Nürnberg, Ostendstraße 100, Telefon 0911 531- 5. Fax 531-3206, [info@nuernberger.de](mailto:info@nuernberger.de), [www.nuernberger.de](http://www.nuernberger.de)

NÜRNBERGER Krankenversicherung AG  
Sitz und Registergericht Nürnberg HR B 10 668;  
Aufsichtsrat: Hans-Peter Schmidt (Vorsitzender), Vorstand: Alexander Brams, Henning von der Forst, Dr. Wolf-Rüdiger Knocke, Dr. Hans-Joachim Rauscher, Alfons Schön

Deutsche Bank AG Nürnberg (BLZ760 700 12) 46 4168400

# Allgemeine Bedingungen für den vorläufigen Versicherungsschutz

## § 1 Wann besteht vorläufiger Versicherungsschutz?

Der vorläufige Versicherungsschutz beginnt mit dem Tag des Eingangs Ihres Antrags auf Abschluss des Versicherungsvertrages bzw. des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung bei unserer Geschäftsstelle, mittags um 12.00 Uhr, wenn sämtliche nachstehende Bedingungen erfüllt sind:

- a) Zwischen dem Tag Ihrer Unterschrift auf dem Antragsformular (wenn Sie einen Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrags stellen) bzw. auf Ihrer Annahmeerklärung (wenn wir Ihnen einen Antrag unterbreitet haben) und dem beantragten Versicherungsbeginn liegen nicht mehr als 2 Monate.
- b) Uns ist eine Ermächtigung zum Beitragseinzug erteilt oder uns liegt ein "Antrag auf Überweisung vermögenswirksamer Leistungen durch den Arbeitgeber" vor.
- c) Ihr Antrag bzw. Ihre Annahmeerklärung ist nicht von einer besonderen Voraussetzung abhängig.
- d) Ihr Antrag auf Abschluss eines Versicherungsvertrages kann zu einem unserer gültigen Tarife mit den dazugehörigen Versicherungsbedingungen und Annahmerichtlinien angenommen werden.
- e) Die versicherte Person ist am Tag der Antragstellung bzw. der Annahmeerklärung noch nicht 70 Jahre alt.

## § 2 Was ist vom vorläufigen Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- a) Der vorläufige Versicherungsschutz entfällt, wenn dem Antragsteller bzw. der versicherten Person(en) Krankheiten, gesundheitliche Störungen oder Beschwerden (gefahrerhebliche Umstände gemäß § 19 VVG) bei Antragstellung bzw. bis zur Abgabe der Annahmeerklärung bekannt waren und diese für den Versicherungsfall verantwortlich oder mitverantwortlich sind.  
Dies gilt jedoch nur für solche gefahrerheblichen Umstände, nach denen im Antragsformular zu der gewünschten Versicherung gefragt wird – unabhängig davon, ob sie im Antragsformular angegeben sind – und die nach unseren Risikoprüfungs- und Annahmerichtlinien zu einer Ablehnung oder insoweit zu einem Ausschluss vom Versicherungsschutz geführt hätten.
- b) Bei Selbsttötung der versicherten Person besteht vorläufiger Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.
- c) Der vorläufige Versicherungsschutz entfällt, wenn der Versicherungsfall in unmittelbarem und mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder inneren Unruhen steht, sofern die versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat.
- d) Steht der Versicherungsfall 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, entfällt der vorläufige Versicherungsschutz, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden.

## § 3 Wann endet der vorläufige Versicherungsschutz?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, endet der vorläufige Versicherungsschutz

- a) mit dem Beginn des Versicherungsschutzes aus der beantragten Versicherung.
- b) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages abgelehnt haben.
- c) wenn Sie Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages angefochten oder zurückgenommen oder von Ihrem Widerrufsrecht Gebrauch gemacht haben.
- d) wenn Sie einer Ihnen gemäß § 5 Abs. 1 und 2 VVG mitgeteilten Abweichung des Versicherungsscheins von Ihrem Antrag widersprochen haben.
- e) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages nicht innerhalb der vereinbarten Annahmefrist von 6 Wochen ab Antragstellung angenommen haben. Es sei denn, die Vertragsverhandlungen mit Ihnen dauern auch nach Ablauf der Annahmefrist noch an.
- f) wenn Sie unseren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages nicht innerhalb der vereinbarten Annahmefrist von 6 Wochen ab Antragstellung angenommen haben.

- g) wenn wir Ihren Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages nur zu geänderten Bedingungen annehmen können und Ihnen der von uns an Sie gerichtete neue, mit den erforderlichen Änderungen versehene Antrag auf Abschluss des Versicherungsvertrages zugeht. Mit dem Tag des Eingangs Ihrer Annahmeerklärung zu unserem neuen Antrag bei unserer Geschäftsstelle lebt der vorläufige Versicherungsschutz wieder auf, soweit die Voraussetzungen nach § 1 erfüllt sind.
- h) mit erfolglosem Einzugsversuch zum Einlösungsbeitrag, bei Widerspruch gegen den Beitragseinzug oder der völligen oder teilweisen Verweigerung der Zahlung vermögenswirksamer Leistungen durch Ihren Arbeitgeber.

## § 4 Welche Leistungen sind versichert und wer erhält sie?

Versichert sind grundsätzlich nur solche Leistungen, die gemäß dem vorliegenden Antrag versichert werden sollen. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die für die beantragte Versicherung maßgebenden Versicherungsbedingungen Anwendung. Dies gilt insbesondere für die dort enthaltenen Einschränkungen und Ausschlüsse.

Im Einzelnen gilt Folgendes:

- a) Versichert sind nur die zu Beginn der beantragten Versicherung vorgesehenen Leistungen.
- b) Bei Rentenversicherungen - mit Ausnahme von Comfort-(Fondsgebundenen) Rentenversicherungen und aufgeschobenen konventionellen Rentenversicherungen mit Hinterbliebenenrente - sind nur Leistungen für beantragte Zusatzversicherungen versichert.
- c) Für einen Todesfall ist die Versicherungsleistung unabhängig vom Leistungsgrund beschränkt auf insgesamt höchstens 100.000 EUR, auch wenn höhere Leistungen beantragt wurden. Diese Begrenzung gilt auch dann, wenn mehrere Anträge auf das Leben derselben Person gestellt worden sind. Dabei wird für eine Sterberenten-Zusatzversicherung das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der fälligen Renten als Todesfallleistung angesetzt. Bei aufgeschobenen konventionellen Rentenversicherungen mit Hinterbliebenenrente wird bei Tod der Hauptversicherten Person das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnete Deckungskapital der fälligen Hinterbliebenenrente als Todesfallleistung angesetzt.
- d) Rentenleistungen bei einer Berufs-/Schul-/Erwerbsunfähigkeits-, Erwerbsausfall- oder Pflegerentenversicherung sind beschränkt auf insgesamt 12.000 EUR jährlich.
- e) Kapitalleistungen bei der SchnellHilfe-Zusatzversicherung sind beschränkt auf insgesamt 12.000 EUR.
- f) Eine Beitragsbefreiung für den zustande gekommenen Versicherungsvertrag bei Berufs- / Schul- / Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsausfall oder Pflegebedürftigkeit ist jeweils beschränkt auf den Tarifbeitrag für 100.000 EUR, und zwar bei einer
  - Lebensversicherung für eine Versicherungssumme,
  - Rentenversicherung für eine Kapitalabfindung zum Rentenzahlungsbeginn,
  - Fondsgebundenen Lebensversicherung oder Comfort-Fondsgebundenen Rentenversicherung für eine Mindest-Todesfallsumme,
  - sonstigen Fondsgebundenen Rentenversicherung für eine Beitragssumme,jeweils in dieser Höhe.
- g) Beitragsfreie planmäßige Erhöhungen der Hauptversicherung bei Berufs-/Schulunfähigkeit bzw. Erwerbsausfall sind nicht versichert.
- h) Leistungsgrenzen nach c), d), e) und f) werden durch mehrere auf die gleiche versicherte(n) Person(en) lautende Anträge nicht erhöht.
- i) Für die beantragte Versicherung sind die im Antragsformular vorgegebenen Bezugsrechte maßgebend.
- j) Jegliche Überschussbeteiligung entfällt;
- k) Sofern uns Berufs-/Schul-/Erwerbsunfähigkeit, Erwerbsausfall, Pflegebedürftigkeit oder die schwere Erkrankung im Sinne der SchnellHilfe-Zusatzversicherung der versicherten Person(en) nicht innerhalb von 3 Monaten seit ihrem Eintritt angezeigt wird, sind wir leistungsfrei.

## § 5 Welche Kosten entstehen Ihnen?

Außer dem Beitrag für die beantragte Versicherung verlangen wir keine Zahlung. Werden Leistungen aus dem vorläufigen Versicherungsschutz fällig, so verrechnen wir ein Entgelt in Höhe des 1. Jahresbeitrags der beantragten Versicherung, im Falle einer Versicherung gegen Einmalbeitrag in Höhe des einmaligen Beitrags. Das Entgelt ist jedoch auf den Tarifbeitrag für die Höchstsummen nach § 4 c), d), e) und f) begrenzt. Endet die tarifliche Beitragszahlungspflicht mit dem am Todestag laufenden Beitragszahlungs-Abschnitt, entspricht die Höhe des Entgelts dem Beitrag für einen Beitragszahlungs-Abschnitt.