

**GEBURTENGELD  
UND PRÄMIENERLASS IM KRANKHEITSFALL**

Bei Eintritt der Vaterschaft männlicher Versicherter oder bei der Niederkunft weiblicher Versicherter werden zehn Promille der Versicherungssumme des Stammvertrages als Geburtsgeld ausgezahlt. Erfolgt die Geburt innerhalb des ersten Versicherungsjahres, so beträgt das Geburtsgeld fünf Promille der versicherten Summe des Stammvertrages. Bei einer Geburt innerhalb der ersten drei Monate nach Inkrafttreten des Vertrages wird keine Leistung fällig. Das Geburtsgeld wird bei Verträgen, welche einen prämiensfreien Teil aufweisen, nur an der prämienspflichtigen Versicherungssumme bemessen.

Wird der Versicherte durch Krankheit oder Unfall arbeitsunfähig, so werden von der siebenten Woche der Arbeitsunfähigkeit an für deren Dauer die Prämien erlassen.

Sind im Rahmen des Stammvertrages mehrere Personen versichert, so gilt diese Zusatzversicherung für die in der Police erstgenannte versicherte Person.

Für diese Zusatzversicherung gelten die auf der Rückseite dieses Anhangs abgedruckten Besonderen Bedingungen für die kombinierte Zusatzversicherung von Geburtsgeld und Prämienersaß in der Lebensversicherung.

# BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE KOMBINIERTE ZUSATZVERSICHERUNG VON GEBURTENGELD UND PRÄMIENERLASS IN DER LEBENSVERSICHERUNG

## § 1. Allgemeines

- (1) Die Geburtengeld- und Prämienerslaß-Zusatzversicherung sind unlösbar miteinander verbunden.
- (2) Für die Zusatzversicherung ist laufend eine Prämie zu entrichten, deren Höhe vom Alter des Versicherten bei Versicherungsbeginn und vom Ausmaß der Prämie zur Hauptversicherung abhängt.
- (3) Die Zusatzversicherung besteht nur so lange, als zur Hauptversicherung Prämien entrichtet werden; sie endigt jedoch spätestens mit jenem Versicherungsjahr, in dem der Versicherte sein 60. Lebensjahr vollendet. Nach diesem Zeitpunkt werden weder Geburtengeld noch Prämienerslaß gewährt.
- (4) Die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung finden, soweit nichts anderes bestimmt ist, auf die Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung.

## § 2. Geburtengeld

- (1) Ein Geburtengeld wird immer dann fällig:
  - a) wenn ein männlicher Versicherter innerhalb der Prämienzahlungsdauer Vater eines lebenden Kindes wird;
  - b) wenn eine weibliche Versicherte innerhalb der Prämienzahlungsdauer Mutter eines lebenden Kindes wird.
- (2) Das Geburtengeld beträgt für jede Geburt, die frühestens ein Jahr nach Inkrafttreten der Police erfolgt, 10 Promille der versicherten Summe der Stammversicherung ohne Zusatzversicherung und für jede Geburt, die innerhalb des ersten Versicherungsjahres, jedoch frühestens drei Monate nach Inkrafttreten der Police erfolgt, 5 Promille der versicherten Summe der Stammversicherung ohne Zusatzversicherung.
- (3) Bei Mehrlingsgeburten werden so viele Geburtengelder ausgezahlt, als Kinder lebend geboren wurden.
- (4) Aus der Geburtengeld-Zusatzversicherung ist stets die Mutter des neugeborenen Kindes begünstigt, auch wenn für die Versicherungsleistungen aus der Hauptversicherung eine andere Person begünstigt sein sollte.  
Wird die Hauptversicherung in der Form einer betrieblichen Indirektversicherung (Versicherungsnehmer, Prämienzahler und Bezugsberechtigter ist die Firma) abgeschlossen, so kann das Bezugsrecht für das Geburtengeld zugunsten des Versicherungsnehmers vereinbart werden.
- (5) Der Anspruch auf Geburtengeld kann weder abgetreten noch verpfändet werden, auch wenn die Hauptversicherung abgetreten oder verpfändet sein sollte.
- (6) Es besteht kein Anspruch auf Geburtengeld, wenn die Haftung aus der Hauptversicherung im Zeitpunkt der Geburt nicht in voller Höhe in Kraft war.
- (7) Wer Anspruch auf Geburtengeld erhebt, hat dem Versicherer eine amtliche Bescheinigung über die erfolgte Geburt vorzulegen.

## § 3. Prämienerslaß

- (1) Wird die versicherte Person durch Krankheit oder Unfall vollständig arbeitsunfähig, so werden vom Tage an, der auf

eine 42tägige ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit folgt, die Prämien für die weitere Dauer der Arbeitsunfähigkeit erlassen. Hierbei ist jedem Tag, der Anspruch auf Prämienerslaß gibt, ein Dreihundertfünfundsechzigstel der vertraglich ausbedungenen Jahresleistung des Versicherungsnehmers (innerhalb des Versicherungsjahres, in welches dieser Tag fällt) zuzurechnen. Der Prämienerslaß umfaßt daher auch eine etwaige Versicherungssteuer und im Falle unterjähriger Prämienzahlung einen etwaigen Unterjährigkeitszuschlag. Teilweise Arbeitsunfähigkeit gibt keinen Anspruch auf Prämienerslaß. Schwangerschaft und Folgen von normalen Entbindungen gelten nicht als Krankheit im Sinne des ersten Satzes.

(2) Als arbeitsunfähig gilt, wer nach ärztlichem Befund zufolge objektiv nachweisbarer Krankheit, Körperverletzung (Unfall) oder Zerfalles der geistigen und körperlichen Kräfte vollständig außerstande ist, seinen Beruf oder eine andere, im Hinblick auf seine Kenntnisse und Fähigkeiten zumutbare Erwerbstätigkeit auszuüben. Bei weiblichen Personen gilt die Führung des Haushaltes für die eigene Familie ebenfalls als Beruf beziehungsweise Erwerbstätigkeit im Sinne dieser Bedingungen.

(3) Kein Anspruch auf Prämienerslaß entsteht, wenn die Arbeitsunfähigkeit durch Körperschädigung, die sich die versicherte Person freiwillig zugezogen hat, oder durch eigenes grobes Verschulden oder infolge von Vergehen oder Verbrechen der versicherten Person oder des Anspruchsberechtigten entstanden ist. Der Versicherer haftet ferner nicht, wenn die Arbeitsunfähigkeit des Versicherten in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kampfhandlungen oder anderen kriegerischen Ereignissen entstanden ist.

(4) Erhebt ein Versicherungsnehmer Anspruch auf Prämienerslaß, so hat er dem Versicherer innerhalb von vier Wochen nach Ablauf der 42tägigen Wartefrist ein vom behandelnden Arzt ausgestelltes Zeugnis vorzulegen, aus dem die Art der Erkrankung oder Körperverletzung, die voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit und der Tag, von dem an ununterbrochene Arbeitsunfähigkeit besteht, hervorgehen.

(5) Der Versicherer ist ferner berechtigt, weitere Nachweise und, solange nicht eine voraussichtlich dauernde Arbeitsunfähigkeit festgestellt ist, bei jeder Prämienfälligkeit ein ärztliches Zeugnis zu verlangen, welches das ununterbrochene Fortbestehen der Arbeitsunfähigkeit bestätigt. Er kann auch jederzeit auf seine Kosten eine ärztliche Untersuchung des Versicherten durch einen von ihm bezeichneten Arzt verlangen.

(6) Innerhalb von vier Wochen nach Beendigung der Arbeitsunfähigkeit hat der Versicherungsnehmer dem Versicherer ein weiteres Zeugnis des behandelnden Arztes vorzulegen, durch welches deren Beendigung bestätigt wird. Unterläßt der Versicherte diese Meldung oder verweigert er eine vom Versicherer verlangte ärztliche Untersuchung, so erlischt der Anspruch auf Prämienerslaß rückwirkend auf das Ende jenes Zeitraumes, für den die Arbeitsunfähigkeit vorschriftsmäßig nachgewiesen wurde. Zuviel bezogene Leistungen müssen rückerstattet werden.

(7) Zusatzprämien für Vorauszahlungen fallen nicht unter den Leistungsanspruch aus dieser Zusatzversicherung.

Zuletzt genehmigt durch das Bundesministerium für Finanzen mit Erlaß GZ 32 5051 5-7/10 37 vom 23. Juli 1987