Zurich Life Assurance plc

Verbraucherinformation für den „Krankheits-Schutzbrief“ und den „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief“

in der Fassung SI/0625

Zurich Life Assurance plc
Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Co. Dublin, A94 X9Y3, Irland
Telefon: 0800 1802 392 (für Sie kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
Internet: www.zurich-irland.de
Zurich Life Assurance plc unterliegt der Aufsicht der Central Bank of Ireland. Die Central Bank of Ireland erfüllt sowohl die Aufgaben der Zentralbank als auch der Finanzaufsichtsbehörde.

Inhaltsverzeichnis

Allgemeine Hinweise 3

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den „Krankheits-Schutzbrief“ und den „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief“ 6

Allgemeine Steuerhinweise für den „Krankheits-Schutzbrief“ und den „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief“ 38

Information zur Verwendung Ihrer Daten 39

Übersicht der Dienstleister der Zurich Life Assurance plc 41

Widerrufsbelehrung (Anlage)

Allgemeine Hinweise

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die Rechtsverordnung über die Informationspflichten bei Versicherungsverträgen regelt die von der Versicherungsgesellschaft dem Versicherungsnehmer zu erteilenden Informationen. Die konkreten Informationsverpflichtungen können Sie den nachfolgenden Ziffernüberschriften entnehmen. Sowohl mit diesen Allgemeinen Hinweisen als auch mit den weiteren Ihnen überlassenen Unterlagen (z. B. den Allgemeinen Versicherungsbedingungen) informieren wir Sie entsprechend den gesetzlichen Vorgaben über:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist und die zugehörige Registernummer; zur Identität gehören insbesondere der Name, die Anschrift, die Rechtsform und der Sitz.

Zurich Life Assurance plc
Zurich House
Frascati Road
Blackrock,
Co. Dublin
A94 X9Y3
Irland

Sitz der Gesellschaft: Dublin. Registriert in Irland unter Nummer 58098 des Companies Registration Offices.

2. die Identität eines Vertreters des Versicherers in dem Mitgliedsstaat der Europäischen Union, in dem der Versicherungsnehmer seinen Wohnsitz hat, wenn es einen solchen Vertreter gibt, oder die Identität einer anderen gewerblich tätigen Person als dem Anbieter, wenn der Versicherungsnehmer mit dieser geschäftlich zu tun hat und die Eigenschaft, in der diese Person gegenüber dem Versicherungsnehmer tätig wird.

Zurich Life Assurance plc ist im Rahmen der europäischen Dienstleistungsfreiheit in Deutschland tätig und hat daher keinen bevollmächtigten Vertreter in Deutschland. Sie können uns entweder über Ihren Vermittler erreichen oder Sie wenden sich unter unten stehender Adresse direkt an uns.

3. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer, seinem Vertreter oder einer anderen gewerblich tätigen Person gemäß Nr. 2 und dem Versicherungsnehmer maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten.

Zurich Life Assurance plc
Zurich House
Frascati Road
Blackrock
Co. Dublin
A94 X9Y3
Irland

vertreten durch Una Donnelly, Prokuristin

4. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers sowie Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde.

Die Hauptgeschäftstätigkeit der Zurich Life Assurance plc ist das Lebensversicherungsgeschäft.

Die zuständigen Aufsichtsbehörden sind

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108,
53117 Bonn

und

Central Bank of Ireland
PO Box 559
Dublin 1

5. das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen, die nicht unter die Richtlinie 94/19/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 30. Mai 1994 über Einlagensicherungssysteme (ABI. EG Nr. L 135 S. 5) und die Richtlinie 97/9/EG des Europäischen Parlaments und des Rates vom 3. März 1997 über Systeme für die Entschädigung der Anleger (ABI. EG Nr. L 84 S. 22) fallen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben.

ZLAP wurde von der Central Bank of Ireland (CBI) zugelassen und wird von ihr reguliert. ZLAP ist verpflichtet, erhebliche Reserven für unvorhergesehene Fälle und zusätzlich Kapital über ihre vorsichtigen Reserven hinaus als "Solvabilitätsspanne" zu halten.

Vermögenswerte, die zur Deckung der Verbindlichkeiten aus Versicherungsverträgen aufgelegt werden, sind zugunsten der Versicherungsnehmer geschützt. Im Falle eines Abwicklungsprozesses haben Versicherungsansprüche auf diese Vermögenswerte absoluten Vorrang gegenüber anderen Gläubigern oder Gesellschafteransprüchen der Gesellschaft.

Die finanzielle Stärke der ZLAP wird auch durch die Stärke unserer übergeordneten Zurich Insurance Group, einem der stärksten Versicherer weltweit, unterstützt.

6. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere

a) die für das Versicherungsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen einschließlich der Tarifbestimmungen sowie die Angabe des auf den Vertrag anwendbaren Rechts;
b) Angaben über Art, Umfang, Fälligkeit und Erfüllung der Leistung des Versicherers.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

7. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbstständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die dem Versicherungsnehmer eine Überprüfung des Preises ermöglichen.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

8. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrags sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden; anzugeben sind auch alle Kosten, die dem Versicherungsnehmer für die Benutzung von Fernkommunikationsmitteln entstehen, wenn solche zusätzlichen Kosten in Rechnung gestellt werden.

Es fallen keine zusätzlichen Kosten an. Angaben zur steuerlichen Behandlung der Beiträge und der Versicherungsleistung entnehmen Sie bitte den Steuerlichen Hinweisen in Ihrem Persönlichen Vorschlag und den Allgemeinen Steuerhinweisen in diesen Verbraucherinformationen. Sie können uns kostenfrei aus dem deutschen Festnetz unter 0800 1802392 kontaktieren oder per Post, wobei die Postgebühren für den Versand innerhalb der EU gelten.

9. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere die Zahlungsweise der Prämien.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

10. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises.

Der Persönliche Vorschlag behält seine Gültigkeit vom Tag seiner Erstellung für 30 Tage. Der Persönliche Vorschlag verliert seine Gültigkeit, soweit wir unsere Kalkulationsgrundlagen des jeweiligen Tarifs ändern.

11. den Umstand, dass sich die Finanzdienstleistung auf Finanzinstrumente bezieht, die wegen ihrer spezifischen Merkmale oder der durchzuführenden Vorgänge mit speziellen Risiken behaftet sind oder deren Preis Schwankungen auf dem Finanzmarkt unterliegt, auf die der Versicherer keinen Einfluss hat, und dass in der Vergangenheit erwirtschaftete Beträge kein Indikator für künftige Erträge sind; die jeweiligen Umstände und Risiken sind zu bezeichnen.

Da es sich bei diesem Produkt um eine Risikolebensversicherung handelt, unterliegt es nicht den Einflüssen der Finanzmärkte. Diese Angaben sind daher für dieses Produkt nicht relevant.

12. darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

13. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den der Versicherungsnehmer im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen hat.

Diese Angaben finden Sie in diesen Verbraucherinformationen unter dem Kapitel „Widerrufsbelehrung".

14. die Laufzeit und gegebenenfalls die Mindestlaufzeit des Vertrags.

Angaben zur Laufzeit des Vertrags entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag.

15. die Beendigung des Vertrags, insbesondere die vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

16. die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zum Versicherungsnehmer vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt.

Auf den Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

17. eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

18. die Sprachen, in welchen die Vertragsbedingungen und die in dieser Vorschrift genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden sowie die Sprachen, in welchen sich der Versicherer verpflichtet, mit Zustimmung des Versicherungsnehmers die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen.

Der Vertrag mit den dazugehörigen Vertragsunterlagen wird in deutscher Sprache geführt.

19. einen möglichen Zugang des Versicherungsnehmers zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für den Versicherungsnehmer, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

20. die Möglichkeit einer Beschwerde bei der unter Nr. 4 genannten Aufsichtsbehörde.

Die Informationen hierzu entnehmen Sie bitte Ihren Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

Darüber hinaus informieren wir Sie auf Grundlage der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen zusätzlich noch über:

1. die Höhe der Kosten für die Vermittlung und den Abschluss des Vertrags, soweit diese nicht gesondert in Rechnung gestellt werden.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag oder dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

2. sonstige in die Prämie eingerechnete Kosten.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte Ihrem Persönlichen Vorschlag oder dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten.

3. die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe.

Diese Angaben sind nicht relevant, da dieser Vertrag keine Beteiligung an Überschüssen vorsieht.

4. die Rückkaufswerte.

Diese Angaben sind nicht relevant, da dieser Vertrag keinen Rückkaufswert vorsieht.

5. den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung.

Diese Angaben sind nicht relevant, da der Vertrag nicht in einen beitragsfreien Versicherungsvertrag umgewandelt werden kann.

6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nrn. 3 und 4 garantiert sind.

Diese Angaben sind nicht relevant, da weder Überschüsse noch ein Rückkaufswert für diesen Vertrag vorgesehen sind.

7. die der Versicherung zugrunde liegenden Fonds und die Art der darin enthaltenen Vermögenswerte (bei fondsgebundenen Versicherungen).

Da es sich bei diesem Produkt nicht um eine fondsgebundene Versicherung handelt, sind diese Angaben für dieses Produkt nicht relevant.

8. die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Diese Angaben entnehmen Sie bitte den in diesen Verbraucherinformationen zur Verfügung gestellten Steuerhinweisen.

Allgemeine Versicherungsbedingungen für den „Krankheits-Schutzbrief“ und den „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief“

Inhaltsverzeichnis

§ 1 Welcher Versicherungsschutz kann abgeschlossen werden? ... 9
§ 2 Welche Leistung erbringen wir bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A? ... 10
§ 3 Welche Leistung erbringen wir bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B? ... 12
§ 4 Welche Leistung erbringen wir aus dem „Krankheits-Schutzbrief“ im Todesfall? ... 12
§ 5 Welche Leistung erbringen wir aus dem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief“ im Todesfall und bei Vorliegen einer tödlichen Erkrankung? ... 12
§ 6 Welche Leistung erbringen wir für Ihre automatisch mitversicherten Kinder? ... 13
§ 7 Welche Leistung erbringen wir bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit? ... 14
§ 8 Welche Leistung erbringen wir bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit? ... 15
§ 9 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz noch ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz? ... 16
§ 10 Was bedeutet die Dynamikanpassung? ... 17
§ 11 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)? ... 17
§ 12 Wie können Sie Ihren Versicherungsschutz vor Ablauf des Vertrages ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Vertragsverlängerung)? ... 18
§ 13 Sind Sie an Überschüssen beteiligt? ... 19
§ 14 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Welche Wartezeiten bestehen? ... 19
§ 15 Was ist bei Anzeige eines Versicherungsfalls zu beachten? Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen beansprucht werden? ... 19
§ 16 Was gilt bei Verletzung einer Mitwirkungspflicht? ... 20
§ 17 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht? ... 20
§ 18 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? ... 21
§ 19 Wie können Sie die gültige Versicherungssumme nachträglich reduzieren? ... 21
§ 20 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? ... 21
§ 21 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ... 21
§ 22 Wann können Sie die Versicherung kündigen? Wann können Sie die Zusatzbausteine zu der Versicherung kündigen? ... 21
§ 23 Sind Ihre Beiträge und Versicherungsleistungen garantiert? ... 22
§ 24 Wer trägt die Steuern und öffentlichen Abgaben auf die Beiträge? ... 22
§ 25 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet? ... 22
§ 26 Wann verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag? ... 22
§ 27 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? ... 22
§ 28 Wer erhält die Versicherungsleistung? ... 22
§ 29 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen? Welche Besonderheiten gelten bei einem Umzug in das Ausland? ... 22
§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? ... 23
§ 31 Wo ist der Gerichtsstand? ... 23
§ 32 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken? ... 23
§ 33 Wie können Sie sich beschweren? ... 23

Vorbemerkung zu den Anhängen A und B ... 24

Anhang A
– Definitionen schwerer Erkrankungen, Operationen und sonstiger medizinisch notwendiger Maßnahmen, die einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung auslösen können ... 20

Tumorerkrankungen (gutartige und bösartige Neubildungen) ... 25
1. Krebs ... 25
2. Benigner (gutartiger) Gehirntumor ... 25
3. Benigner (gutartiger) Rückenmarkstumor ... 25
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf ... 26
4. Herzinfarkt ... 26
5. Koronare Bypass-Operation ... 26
6. Kardiomyopathie (Erkrankung des Herzmuskels) ... 26
7. Herzstillstand ... 26
8. Operation zur Korrektur eines Herzfehlers ... 26
9. Operation zur Korrektur einer Herzklappe ... 26
10. Konstriktive Perikarditis ... 26
11. Implantation einer Aortenprothese ... 26
12. Primäre pulmonalarterielle Hypertonie ... 27
Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems ... 27
13. Schlaganfall ... 27
14. Parkinson Krankheit ... 27

15. Alzheimer Krankheit ... 27
16. Multisystematrophie ... 27
17. Progressive supranukleäre Blickparese ... 28
18. Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK) ... 28
19. Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata) ... 28
20. Erkrankungen und Schädigungen des zentralen Nervensystems ... 28
21. Medikamentenresistente Epilepsie ... 28
22. Poliomyelitis (Kinderlähmung) ... 28
23. Bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung) ... 28
24. Myasthenia gravis ... 28
25. Enzephalitis (Gehirnentzündung) ... 29
Entzündliche Erkrankungen ... 29
26. Chronische rheumatoide Arthritis ... 29
27. Systemischer Lupus Erythematodes (SLE) ... 29
Erkrankungen, die durch den Verlust wichtiger Körperteile oder -funktionen gekennzeichnet sind ... 29
28. Blindheit ... 29
29. Schwerhörigkeit ... 29
30. Verlust der Sprache ... 29
31. Verlust von Händen oder Füßen ... 29
32. Lähmung von Armen oder Beinen ... 30
33. Verlust der selbstständigen Lebensführung ... 30
Sonstige schwere Erkrankungen, Operationen oder medizinisch notwendige Maßnahmen, die einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung begründen können ... 30
34. Aplastische Anämie ... 30
35. Asbestose ... 30
36. HIV-Infektion ... 30
37. Intensivbehandlung ... 30
38. Koma ... 31
39. Leberversagen ... 31
40. Chronische Lungenerkrankungen ... 31
41. Interstitielle Lungenerkrankungen ... 31
42. Motoneuron-Erkrankungen ... 31
43. Nierenversagen ... 31
44. Kurzdarmsyndrom ... 31
45. Polytrauma ... 31
46. Pneumektomie (Entfernung eines ganzen Lungenflügels) ... 31
47. Transplantation ... 32
48. Traumatische Kopfverletzung ... 32
49. Schwere Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung ... 32
50. Schwere Sepsis ... 32
51. Chronische Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung) ... 32
52. Primär sklerosierende Cholangitis ... 32
53. Muskeldystrophie ... 32
Ab Geburt versicherte Erkrankungen
54. Muskeldystrophie ... 32
55. Spina Bifida ... 32
56. Infantile Zerebralparese ... 32
57. Hydrozephalus ... 33
58. Verätzungen der Speiseröhre ... 33

Anhang B
– Definitionen schwerer Erkrankungen, Operationen und sonstiger medizinisch notwendiger Maßnahmen, die einen Anspruch auf eine Teilleistung auslösen können ... 34

Tumorerkrankungen (gutartige und bösartige Neubildungen) ... 34
1. Carcinoma in situ des Ösophagus (Speiseröhre) ... 34
2. Duktales Carcinoma in situ der Brust ... 34
3. Niedrig-malignes Prostatakarzinom ... 34
4. Sonstige niedrig-maligne Tumorerkrankungen ... 34
Erkrankungen von Herz oder Kreislauf ... 35
5. Angioplastie am Herzen ... 35
6. Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) ... 35
7. Herzinsuffizienz ... 35
8. Karotisstenose ... 35
Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems ... 35
9. Hirnabszess ... 35

10. Intrakranielles Aneurysma ... 35
11. Zerebrale arteriovenöse Malformation ... 36
Entzündliche Erkrankungen ... 36
12. Schwerer Morbus Crohn ... 36
13. Colitis ulcerosa ... 36
Erkrankungen, die durch den Verlust wichtiger Körperteile oder -funktionen gekennzeichnet sind ... 36
14. Signifikante Einschränkung des Sehvermögens ... 36
15. Blindheit auf einem Auge ... 36
16. Verlust von Hand oder Fuß ... 36
17. Lähmung von Arm oder Bein ... 36
Sonstige schwere Erkrankungen, Operationen oder medizinisch notwendige Maßnahmen, die einen Anspruch auf eine Teilleistung begründen können ... 36
18. Einfache Lobektomie – Entfernung eines kompletten Lappens einer Lunge ... 36
19. Syringomyelie oder Syringobulbie ... 36
20. Spinale arteriovenöse Malformation ... 37
21. Schwere Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung ... 37
22. Diabetes mellitus Typ 1 ... 37

§ 1 Welcher Versicherungsschutz kann abgeschlossen werden?

Ihr möglicher Versicherungsschutz

1. Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Versicherungsschutz Sie mit uns vereinbart haben.

   Bei dem Versicherungsschutz können Sie zwischen zwei Grundbausteinen wählen:

   a. „Krankheits-Schutzbrief"

      - Versicherungsschutz bei Stellung der ersten Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder B sowie bei Durchführung von Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen gemäß Anhang A oder B
      - automatische Mitversicherung von Kindern
      - Zahlung einer Versicherungssumme bei Tod in Höhe von 5.000 EUR.

   b. „Erweiterter Krankheits-Schutzbrief"

      - Versicherungsschutz bei Stellung der ersten Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder B sowie bei Durchführung von Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen gemäß Anhang A oder B
      - automatische Mitversicherung von Kindern
      - Zahlung einer individuell festgelegten Versicherungssumme bei Tod, mindestens jedoch in Höhe der Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, ggf. reduziert durch eine ausgezahlte Soforthilfe
      - Zahlung einer Soforthilfe als Vorableistung in Höhe von 10 %, maximal 10.000 EUR der zum Zeitpunkt des Todes gültigen Versicherungssumme bei Tod.

   Der von Ihnen gewählte Grundbaustein kann um zusätzliche Leistungskomponenten (sog. Zusatzbausteine) ergänzt werden, die im Einzelnen in § 1 Absatz 5 aufgeführt sind.

2. Für bestimmte schwere Erkrankungen, Operationen und sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen vereinbaren Sie mit uns eine Versicherungssumme („Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung"). In den in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen definierten Fällen zahlen wir Ihnen diese Versicherungssumme in voller Höhe aus. Darüber hinaus gibt es Fälle, in denen Sie lediglich Anspruch auf eine Teilleistung in Höhe eines Teilbetrages dieser Versicherungssumme haben und dies auch nur dann, wenn die Summe der ausgezahlten Versicherungsleistungen die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung noch nicht erreicht hat.

   a. Die schweren Erkrankungen, bei deren erster Diagnose während der Versicherungsdauer Sie einen Anspruch auf die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung haben können, sind in Anhang A beschrieben. Die Leistungsbeschreibung im Einzelnen entnehmen Sie bitte § 2 in Verbindung mit Anhang A. Dort ist auch geregelt, in welchen Fällen die erste Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme während der Versicherungsdauer einen Anspruch auf die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auslösen kann.

   b. Die schweren Erkrankungen, bei deren erstmaliger Diagnose während der Versicherungsdauer Sie einen Anspruch auf einen Teil der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung haben können, sind in Anhang B beschrieben. Die Leistungsbeschreibung im Einzelnen entnehmen Sie bitte § 3 in Verbindung mit Anhang B. Dort ist auch geregelt, in welchen Fällen die erstmalige Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme einen Anspruch auf einen Teil der Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auslösen kann.

   Versichert ist bezogen auf die im Anhang A genannten schweren Erkrankungen also jeweils nur die erste schwere Erkrankung oder die erste Durchführung einer dort genannten Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme während der Versicherungsdauer. Bezogen auf die im Anhang B genannten schweren Erkrankungen und die dort genannten Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen sind dagegen auch mehrere erstmals diagnostizierte schwere Erkrankungen und mehrere erstmals durchgeführte Operationen oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen während der Versicherungsdauer versichert, bis die Summe der ausgezahlten Versicherungsleistungen die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erreicht hat.

3. Neben den in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen geregelten Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht sind in den Anhängen A und B zum Teil weitere Voraussetzungen geregelt, die nur für einzelne der dort individuell beschriebenen schweren Erkrankungen oder Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen gelten.

   Dabei sind in den Anhängen A und B ergänzende Voraussetzungen im Hinblick auf folgende Punkte geregelt:

   a. Besondere Meldepflichten (siehe Anhang A, Ziffer 36)

   b. Besondere Fristen, Wartezeiten und sonstige zu beachtende Zeiträume (siehe Vorbemerkung zu Anhang A und B „Wartezeit"; Vorbemerkung zu Anhang A „Wartezeit"; Vorbemerkung zu Anhang B „Wartezeit"; Anhang A, Ziffer 3, 6, 10, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 35, 36, 37, 38, 40 42, 43, 45, 48, 49, 50, 55, 57 und 58; Anhang B, Ziffer 5, 6, 7, 17 und 21)

   c. Besondere Altersbeschränkungen (siehe Anhang A, Ziffer 15 und Ziffer 20)

   d. Besondere Facharzt- oder Differential-Diagnostik-Nachweise (siehe Vorbemerkung zu Anhang A und B „Erfordernis von Facharzt-Diagnosen und sonstigen medizinischen Nachweisen"; Anhang A, Ziffer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 34, 35, 36, 40, 41, 42, 44, 45, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57 und 58; Anhang B, Ziffer 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 19 und 22)

   e. Besondere Therapie-Nachweise oder Voraussetzung spezieller Behandlungsmethoden (siehe Vorbemerkung zu Anhang A und B „Erfordernis besonderer Therapie-Nachweise oder Voraussetzung spezieller Behandlungsmethoden"; Anhang A, Ziffer 5, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 19, 21, 24, 26, 27, 34, 35, 37, 38, 40, 43, 45, 50 und 53; Anhang B, Ziffer 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14 und 19)

   f. Besondere Gebietsgrenzen (siehe Anhang A, Ziffer 36 und Ziffer 37)

4. Schließen Sie mit uns den „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" ab, können Sie die Versicherungssumme im Todesfall („Versicherungssumme bei Tod") individuell festlegen; sie darf jedoch nicht geringer sein als die vereinbarte Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung.

5. Zusätzlich zu den Leistungen aus dem Grundbaustein können Sie verschiedene Zusatzbausteine wählen:

   a. Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 7);

   b. Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit (vgl. § 8);

   c. Dynamikanpassung (vgl. § 10);

   d. Vertragsverlängerung (vgl. § 12).

Ihre gültigen Versicherungssummen

6. Die gültigen Versicherungssummen bei schwerer Erkrankung sowie bei Tod zu Beginn des Versicherungsschutzes sind in Ihrem Versicherungs.schein angegeben. Haben Sie die Option der Dynamikanpassung gewählt, ergeben sich die gültigen Versicherungssummen unter Berücksichtigung der letzten Dynamikanpassung, die vor Eintritt des Versicherungsfalles wirksam geworden ist. Die jeweils gültigen Versicherungssummen werden durch die letzte Mitteilung der Versicherungsleistungen und der Versicherungsbeiträge dokumentiert, die wir Ihnen vor Eintritt des Versicherungsfalls zugesandt haben, soweit sie zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles bereits wirksam geworden waren.

7. Die jeweils gültige Versicherungssumme bildet die Grundlage zur Berechnung Ihres konkreten Leistungsanspruchs.

Leistungsanspruch

8. Wenn Sie einen Anspruch auf eine Teilleistung gemäß § 3 geltend machen, prüfen wir stets, ob Sie berechtigt sind, gemäß § 2 die vollständige gültige Versicherungsleistung zu fordern. Die Auszahlung einer Teilleistung gemäß § 3 führt nicht zu einer Reduzierung der vollständigen gültigen Versicherungssumme gemäß § 2; einschränkend gilt hierbei die Regelung gemäß § 2 Absatz 8.

9. Wenn Sie einen Anspruch auf die vollständige gültige Versicherungsleistung gemäß § 2 haben, zahlen wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, und es werden keine weiteren Teilleistungen gemäß § 3 gezahlt. Der weitere Versicherungsschutz aus dem „Krankheits-Schutzbrief" und aus dem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" ergibt sich in diesem Fall aus § 2. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" mit uns vereinbart, gilt diese Regelung nur im Hinblick auf die versicherte Person, für die ein Anspruch auf die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung nach § 2 besteht.

Versicherte Personen

10. Ist eine Person versichert, sprechen wir von der Absicherungsvariante „Einzelleben".

11. Sind zwei Personen versichert, ist zwischen der Absicherungsvariante „verbundene Leben" und der Absicherungsvariante „DUAL" zu unter-

scheiden:

a. Die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewährt Versicherungsschutz grundsätzlich nur für diejenige versicherte Person, bei der als erstes eine schwere Erkrankung gemäß Anhang A diagnostiziert wurde oder als erstes eine Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme gemäß Anhang A durchgeführt wurde oder bei der der Tod als erstes eingetreten ist.

   Etwas anderes gilt für die schweren Erkrankungen, Operationen und sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen gemäß Anhang B, die nur einen Anspruch auf eine Teilleistung auslösen. Bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" wird beiden versicherten Personen Versicherungsschutz für medizinisch notwendige Maßnahmen gemäß Anhang B gewährt, bis die Summe der ausgezahlten Versicherungsleistungen die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erreicht hat.

   Sonderregelungen gelten bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben", wenn Sie den Zusatzbaustein „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit" (vgl. § 7) vereinbart haben. Hier haben Sie bei Vertragsabschluss festgelegt, welche der versicherten Personen den Versicherungsschutz erhalten soll. Diese wird im Versicherungsschein als „erste versicherte Person" bezeichnet, und nur diese „erste versicherte Person" genießt dann Versicherungsschutz aus diesem Zusatzbaustein.

   Im Hinblick auf den Zusatzbaustein „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" (vgl. § 8) wird Versicherungsschutz hingegen nur für diejenige versicherte Person gewährt, bei der die Erwerbsunfähigkeit als erstes eingetreten ist und zu einer Zahlung durch uns geführt hat.

   Eine Festlegung des Bezugsrechts auf die jeweils andere versicherte Person ist mit der Wahl der Absicherungsvariante „verbundene Leben" nicht verbunden.

b. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, besteht für beide versicherte Personen unabhängig voneinander Versicherungsschutz. Sie können daher auch verschiedene Versicherungssummen bei schwerer Erkrankung für die beiden versicherten Personen vereinbaren. Wenn bei einer versicherten Person die erste schwere Erkrankung gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer diagnostiziert wurde oder die erste Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme gemäß Anhang A durchgeführt wurde oder der Tod eingetreten ist, bleibt der Versicherungsschutz für die andere versicherte Person davon unberührt und in vollem Umfang erhalten.

   Ferner bleibt bei der Absicherungsvariante „DUAL" der Versicherungsschutz für schwere Erkrankungen, Operationen und sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen gemäß Anhang B der Versicherungsschutz für jede versicherte Person solange bestehen, bis die Summe der ausgezahlten Versicherungsleistungen für die betroffene versicherte Person die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erreicht hat.

   Wenn Sie bei der Absicherungsvariante „DUAL" den Zusatzbaustein „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit" (vgl. § 7) oder „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" (vgl. § 8) für beide versicherte Personen vereinbart haben, dann gilt der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen für beide versicherten Personen unabhängig voneinander.

   Haben Sie einen „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" abgeschlossen, können Sie bei der Absicherungsvariante „DUAL" auch die Versicherungssumme bei Tod für jede versicherte Person individuell festlegen.

§ 2 Welche Leistung erbringen wir bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A?

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht

1. Grundsätzlich zahlen wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung oder Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme („Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung"), wenn bei der versicherten Person die erste Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer gestellt wurde. Ebenso zahlen wir grundsätzlich die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, wenn bei der versicherten Person die erste Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer durchgeführt wurde. Diese Regelungen gelten, soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben.
2. Uns muss nachgewiesen werden, dass die schwere Erkrankung gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer diagnostiziert wurde oder die Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer durchgeführt wurde. Darüber hinaus müssen die weiteren in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in den Anhängen A und B (vgl. § 1 Absatz 3) enthaltenen Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht vorliegen.
3. Haben Sie den „Krankheits-Schutzbrief" abgeschlossen und machen Sie Ansprüche geltend, die auf die erste Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer oder die erste Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer gestützt werden, müssen Sie uns zudem nachweisen, dass die versicherte Person 10 Tage nach Diagnose der schweren Erkrankung oder nach Durchführung der Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme noch gelebt hat. Bei Abschluss des „Erweiterten Krankheits-Schutzbriefes" entfällt dieses Erfordernis.
4. Die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erhöht sich bei den nachfolgenden schweren Erkrankungen gemäß Anhang A auf 200 % der zum Zeitpunkt der ersten Diagnose gültigen Versicherungssumme.
   - Alzheimer Krankheit (Demenz oder Alzheimer-Krankheit vor Beendigung des 67. Lebensjahres (Anhang A, Ziffer 15)
   - Blindheit (Anhang A, Ziffer 28)
   - Verlust der Sprache (Anhang A, Ziffer 30)
   - Verlust von Händen oder Füßen (Anhang A, Ziffer 31)
   - Lähmung von Armen oder Beinen (Anhang A, Ziffer 32)
   - Koma (Anhang A, Ziffer 38)
   - Motoneuron-Erkrankung (Anhang A, Ziffer 42)
   - Traumatische Kopfverletzung (Anhang A, Ziffer 48)
   - Schwere Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung (Anhang A, Ziffer 49)

   Einschränkend gilt: Falls 200 % der zum Zeitpunkt der ersten Diagnose gültigen Versicherungssumme einen Betrag von 80.000 EUR überschreitet, so erhöht sich die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung lediglich um 40.000 EUR.

Einschränkungen

5. Wir erbringen bei der Absicherungsvariante „Einzelleben" in Bezug auf die versicherte Person die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung nur einmal. Der Versicherungsschutz besteht also in der Absicherungsvariante „Einzelleben" nur für die erste Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer oder die erste Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer bei der betroffenen versicherten Person die zu einer Zahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung durch uns führt. Falls wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bereits wegen Erwerbsunfähigkeit der betroffenen versicherten Person gezahlt haben (vgl. § 8), zahlen wir keine weiteren Versicherungsleistungen wegen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A.
6. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, erbringen wir in Bezug auf jede versicherte Person die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung nur einmal. Der Versicherungsschutz besteht also in der Absicherungsvariante „DUAL" für jede versicherte Person nur für die erste Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer oder die erste Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer bei der betroffenen versicherten Person, die zu einer Zahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung durch uns führt. Falls wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bereits wegen Erwerbsunfähigkeit der betroffenen versicherten Person gezahlt haben (vgl. § 8), zahlen wir keine weiteren Versicherungsleistungen wegen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A bei der betroffenen versicherten Person.
7. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, so erbringen wir in Bezug auf beide versicherten Personen die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung insgesamt nur einmal. Der Versicherungsschutz besteht also nur für die erste Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A während der Versicherungs-

dauer oder die erste Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer bei einer der versicherten Personen, die zu einer Zahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung durch uns führt. Falls wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bereits wegen Erwerbsunfähigkeit bei einer der versicherten Personen gezahlt haben (vgl. § 8), erbringen wir aus diesem Versicherungsvertrag keine weiteren Versicherungsleistungen wegen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A.

8. Haben wir innerhalb von 30 Tagen vor der ersten Diagnose einer schweren Erkrankung oder vor der ersten Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A schon eine oder mehrere Teilleistungen wegen einer schweren Erkrankung, Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B bei der betroffenen versicherten Person erbracht, verringert sich die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung um diese Teilleistung(en). Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, verringert sich die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auch dann, wenn innerhalb von 30 Tagen vor der ersten Diagnose einer schweren Erkrankung oder vor der ersten Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A schon eine oder mehrere Teilleistungen wegen einer schweren Erkrankung, Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B bei der anderen versicherten Person erbracht wurde.

9. Für bestimmte schwere Erkrankungen, Operationen oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen besteht eine Wartezeit. Tritt während der Wartezeit ein Versicherungsfall ein, erbringen wir keine Leistungen gemäß § 2 (vgl. § 14).

Leistungsanspruch bei Aufnahme auf eine Warteliste

10. Wir zahlen bereits eine Vorableistung auf die gültige Versicherungsleistung bei schwerer Erkrankung, wenn die versicherte Person für bestimmte Operationen, die in Anhang A entsprechend beschrieben sind, während der Versicherungsdauer auf eine Warteliste aufgenommen wird. Diese Vorableistung beträgt 50 % der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, wobei eine Erhöhung der Versicherungssumme gemäß § 2 Absatz 4 keine Berücksichtigung findet. Wir zahlen jedoch maximal 30.000 EUR, wenn die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung mehr als 60.000 EUR beträgt. Die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, die wir wegen Durchführung der entsprechenden Operation gemäß Anhang A erbringen, für die die versicherte Person auf die Warteliste aufgenommen wurde, wird um die ausgezahlte Vorableistung wegen Aufnahme auf die Warteliste reduziert. Darüber hinaus wird auch die gültige Versicherungssumme bei Tod für die betroffene versicherte Person um die ausgezahlte Vorableistung wegen Aufnahme auf die Warteliste reduziert.

11. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, so gilt die Regelung in § 2 Absatz 10 Satz 4 und 5 auch, wenn die andere versicherte Person eine Vorableistung wegen Aufnahme auf die Warteliste erhalten hat.

12. Abweichend von § 2 Absatz 10 erbringen wir die vollständige Versicherungsleistung gemäß Anhang A, wenn die versicherte Person als Empfänger eines der in Anhang A, Ziffer 47, aufgeführten Organe auf einer offiziellen Warteliste für Transplantationen gesetzt wurde und dies den Richtlinien für die Wartelisteführung der Deutschen Bundesärztekammer entspricht.

Auswirkungen der Zahlung der Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung gemäß § 2 auf den Versicherungsschutz aus dem „Krankheits-Schutzbrief"

13. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, endet der Versicherungsvertrag, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Stellung der ersten Diagnose der schweren Erkrankung bzw. Durchführung der ersten Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag erlischt dann bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" auch für die andere versicherte Person.

    Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, endet der Versicherungsvertrag für die betroffene versicherte Person, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Stellung der ersten Diagnose der Erkrankung bzw. Durchführung der ersten Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme für die betroffene versicherte Person gezahlt wurden. Der Vertrag wird dann hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Absicherungsvariante „Einzelleben" umgestellt und bleibt nur für die andere versicherte Person mit den für sie gültigen Versicherungssummen bestehen.

Auswirkungen der Zahlung der Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung gemäß § 2 auf den Versicherungsschutz aus dem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief"

14. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod nicht höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, endet der Versicherungsvertrag, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Stellung der ersten Diagnose der schweren Erkrankung bzw. Durchführung der ersten Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag erlischt dann bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" auch für die andere versicherte Person. Sofern die gültige Versicherungssumme bei Tod nur aufgrund einer Erhöhung nach § 2 Absatz 4 nicht höher ist als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, endet der Versicherungsvertrag nicht. In diesem Fall ist § 2 Absatz 15 einschlägig.

15. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung (ohne Berücksichtigung einer Erhöhung gemäß § 2 Absatz 4), endet der Versicherungsvertrag ausnahmsweise nicht, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beitragsanteile für den Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen, die ab Stellung der ersten Diagnose der schweren Erkrankung bzw. Durchführung der ersten Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Grundbaustein (vgl. § 1 Absatz 1) einschließlich dem Versicherungsschutz für automatisch mitversicherte Kinder bleibt dann aber nur als Todesfallschutz bestehen. Der Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen erlischt bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" dann auch für die andere versicherte Person. Die gültige Versicherungssumme bei Tod reduziert sich um die von uns ausgezahlte Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, wobei eine Erhöhung gemäß § 2 Absatz 4 bei der Reduzierung der gültigen Versicherungssumme bei Tod nicht berücksichtigt wird. Der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit", „Dynamikanpassung" und „Vertragsverlängerung" bleibt in diesem Fall bestehen, soweit eine oder mehrere dieser Optionen mit uns vereinbart wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Zusatzbaustein „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" erlischt hingegen auch in diesem Fall.

16. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod für die betroffene versicherte Person nicht höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung endet der Versicherungsvertrag für die betroffene versicherte Person, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Stellung der ersten Diagnose der Erkrankung bzw. Durchführung der ersten Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme für die betroffene versicherte Person gezahlt wurden. Der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Absicherungsvariante „Einzelleben" umgestellt und bleibt nur für die andere versicherte Person mit den für sie gültigen Versicherungssummen bestehen. Sofern die gültige Versicherungssumme bei Tod nur aufgrund einer Erhöhung nach § 2 Absatz 4 nicht höher ist als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, endet der Versicherungsvertrag nicht. In diesem Fall ist § 2 Absatz 17 einschlägig.

17. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod für die betroffene versicherte Person höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung (ohne Berücksichtigung einer Erhöhung gemäß § 2 Absatz 4), endet der Vertrag für die betroffene versicherte Person ausnahmsweise nicht, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Der Versicherungsschutz aus dem Grundbaustein (vgl. § 1 Absatz 1) einschließlich dem Versicherungsschutz für automatisch mitversicherte Kinder bleibt dann für die betroffene versicherte Person aber nur als Todesfallschutz bestehen. Der Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen erlischt hingegen für die betroffene versicherte Person. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beitragsanteile für den Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen, die ab Stellung der ersten Diagnose der Erkrankung bzw. Durchführung der ersten Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme für die betroffene versicherte Person gezahlt wurden. Die gültige Versicherungssumme bei Tod reduziert sich um die von uns ausgezahlte Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, wobei eine Erhöhung gemäß § 2 Absatz 4 bei

der Reduzierung der gültigen Versicherungssumme bei Tod nicht berücksichtigt wird. Der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit", „Dynamikanpassung" und „Vertragsverlängerung" bleibt in diesem Fall bezogen auf den verbleibenden Versicherungsschutz ebenfalls bestehen, soweit eine oder mehrere dieser Optionen für die betroffene versicherte Person mit uns vereinbart wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Zusatzbaustein „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" für die betroffene versicherte Person erlischt hingegen auch in diesem Fall. Der Versicherungsschutz für die andere versicherte Person bleibt davon unberührt.

§ 3 Welche Leistung erbringen wir bei Eintritt einer schweren Erkrankung oder Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B?

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht

1. In bestimmten Fällen, die keinen Anspruch auf die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung begründen, zahlen wir einen Teil der Versicherungssumme aus. Diese Teilleistung beträgt 25.000 EUR. Wir zahlen jedoch maximal die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung aus, wobei eine Erhöhung der Versicherungssumme nach § 2 Absatz 4 keine Berücksichtigung findet. Wir zahlen die in § 3 Absatz 1 Satz 1 und Satz 2 genannte Teilleistung, wenn bei einer versicherten Person die Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang B erstmals gestellt wurde. Ebenso zahlen wir die in § 3 Absatz 1 Satz 1 und 2 genannte Teilleistung, wenn bei einer versicherten Person eine Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme gemäß Anhang B erstmals durchgeführt wurde. Diese Regelungen gelten, soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben.
2. Uns muss nachgewiesen werden, dass die schwere Erkrankung gemäß Anhang B während der Versicherungsdauer diagnostiziert wurde oder die Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme gemäß Anhang B während der Versicherungsdauer durchgeführt wurde. Darüber hinaus müssen die weiteren in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in den Anhängen A und B (vgl. § 1 Absatz 3) enthaltenen Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht vorliegen.
3. Haben Sie mit uns den „Krankheits-Schutzbrief" abgeschlossen und machen Sie Ansprüche wegen einer schweren Erkrankung gemäß Anhang B geltend, müssen Sie uns zudem nachweisen, dass die versicherte Person 10 Tage nach Eintritt der schweren Erkrankung gemäß Anhang B oder nach Durchführung der Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B noch gelebt hat. Bei Abschluss des „Erweiterten Krankheits-Schutzbriefes" entfällt dieses Erfordernis.

Einschränkungen

4. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, zahlen wir die in § 3 Absatz 1 genannten Teilleistungen nur so oft, bis die Summe der ausgezahlten Versicherungsleistungen für die betroffene versicherte Person die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erreicht; danach erbringen wir für die betroffene versicherte Person keine weiteren Teilleistungen gemäß § 3. Der Versicherungsschutz bleibt im Übrigen unberührt. Falls wir jedoch die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bereits wegen Erkrankung (vgl. § 2) oder Erwerbsunfähigkeit (vgl. § 8) der betroffenen versicherten Person gezahlt haben, zahlen wir keine weiteren Versicherungsleistungen wegen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang B oder Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B bei der betroffenen versicherten Person.
5. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, zahlen wir die in § 3 Absatz 1 genannten Teilleistungen nur so oft, bis die Summe der für beide versicherten Personen ausgezahlten Versicherungsleistungen die vollständige gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erreicht; danach erbringen wir keine weiteren Teilleistungen gemäß § 3. Der Versicherungsschutz bleibt im Übrigen unberührt. Falls wir jedoch die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bereits wegen Erkrankung (vgl. § 2) oder Erwerbsunfähigkeit (vgl. § 8) einer versicherten Person gezahlt haben, zahlen wir keine weiteren Versicherungsleistungen wegen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang B oder Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B.
6. Für bestimmte schwere Erkrankungen, Operationen oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen besteht eine Wartezeit. Tritt während der Wartezeit ein Versicherungsfall ein, erbringen wir keine Leistungen gemäß § 3 (vgl. § 14).

§ 4 Welche Leistung erbringen wir aus dem „Krankheits-Schutzbrief" im Todesfall?

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht

1. Wir zahlen im Fall des Todes der versicherten Person die für sie gültige Versicherungssumme bei Tod. Dies gilt soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben. Darüber hinaus müssen die weiteren in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht vorliegen.
2. Uns muss nachgewiesen werden, dass der Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer eingetreten ist.

Einschränkungen

3. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, so erbringen wir die gültige Versicherungssumme bei Tod nur für die zuerst versterbende versicherte Person.

   Für die Absicherungsvariante „DUAL" gilt diese Einschränkung nicht. Hier steht die jeweils gültige Versicherungssumme bei Tod für jede versicherte Person einmal zur Verfügung.

Auswirkungen der Zahlung der Versicherungssumme bei Tod gemäß § 4 auf den Versicherungsschutz

4. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, endet der Versicherungsvertrag, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei Tod auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei Tod erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt des Todesfalles gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag erlischt dann bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" auch für die andere versicherte Person. Sind wir im Fall des Todes einer versicherten Person nicht zur Zahlung der Versicherungssumme bei Tod verpflichtet, endet der Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person.

   Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, endet der Versicherungsvertrag für die betroffene versicherte Person, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei Tod auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei Tod erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt des Todesfalles für die betroffene versicherte Person gezahlt wurden. Der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Absicherungsvariante „Einzelleben" umgestellt, und der Vertrag bleibt mit den für die andere versicherte Person gültigen Versicherungssummen bestehen. Sind wir im Fall des Todes einer versicherten Person nicht zur Zahlung der Versicherungssumme bei Tod verpflichtet, endet der Versicherungsvertrag für diese versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes; der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Variante "Einzelleben" umgestellt.

§ 5 Welche Leistung erbringen wir aus dem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" im Todesfall und bei Vorliegen einer tödlichen Erkrankung?

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht im Todesfall

1. Wir zahlen im Fall des Todes der versicherten Person die für sie gültige Versicherungssumme bei Tod. Dies gilt soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben.

   Darüber hinaus müssen die weiteren in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht vorliegen.
2. Uns muss nachgewiesen werden, dass der Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer eingetreten ist.

Soforthilfe als Vorableistung

3. Wird uns der Tod der versicherten Person durch eine amtliche Sterbeurkunde angezeigt, leisten wir eine Soforthilfe an den uns nachgewiesenen Empfangsberechtigten in Höhe von 10 %, maximal 10.000 EUR, der zum Zeitpunkt des Todes gültigen Todesfallsumme.

Die Voraussetzungen für die Soforthilfe sind, dass

- sie beantragt wird;
- der Vertrag seit dem Vertragsbeginn mindestens drei Jahre bestanden hat und
- die Beiträge bis zum Zeitpunkt des Todes in voller Höhe gezahlt wurden.

Sobald die Leistungsprüfung abgeschlossen ist, und die restliche Versicherungsleistung ausgezahlt werden kann, reduziert sich die gültige Versicherungssumme bei Tod um die ausgezahlte Soforthilfe.

Die Soforthilfe kann von uns zurückverlangt werden, wenn

- der vertragliche Anspruch gemäß § 14 oder § 9 Absatz 23 dieser Bedingungen nicht besteht oder
- wir den vertraglichen Anspruch wegen Anfechtung des Vertrages zurückweisen oder eine damit vergleichbare Täuschungshandlung zur Auszahlung der Soforthilfe geführt hat.

Die Soforthilfe kann nur einmal in Anspruch genommen werden, auch wenn für die versicherte Person mehrere Verträge bei unserem Unternehmen bestehen.

Einschränkungen

4. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, so erbringen wir die gültige Versicherungssumme bei Tod nur für die zuerst versterbende versicherte Person.

   Für die Absicherungsvariante „DUAL" gilt diese Einschränkung nicht. Hier steht die jeweils gültige Versicherungssumme bei Tod für jede versicherte Person einmal zur Verfügung.

5. Haben wir vor Eintritt des Todes bereits die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung gezahlt, und ist der Vertrag mit einer reduzierten gültigen Versicherungssumme bei Tod fortgeführt worden (vgl. § 2 Absatz 15 und 17), zahlen wir nur diese reduzierte gültige Versicherungssumme bei Tod aus.

Voraussetzungen für die vorgezogene Leistung wegen tödlicher Erkrankung

6. Wir zahlen bereits die gültige Versicherungssumme bei Tod (vgl. § 5 Absatz 1), wenn uns nachgewiesen wird, dass bei der versicherten Person die Lebenserwartung aufgrund einer unheilbaren Krankheit oder Verletzung bei der Diagnose noch maximal 12 Monate beträgt. Als Erkrankung mit einer prognostizierten Lebenserwartung von maximal 12 Monaten wird im Rahmen dieses Vertrags eine unheilbare Krankheit oder Verletzung definiert, bei der nach gesicherter medizinischer Erkenntnis die Lebenserwartung der versicherten Person nicht mehr als 12 Monate beträgt („tödliche Erkrankung").

Einschränkungen

7. Erfolgt die Prognose einer tödlichen Erkrankung während der letzten 12 Monate der Vertragslaufzeit, so gilt die Erkrankung als schwere Erkrankung im Sinne des Anhangs A, auch wenn sie dort nicht ausdrücklich aufgeführt sein sollte. Es finden dann die Regelungen in § 2 entsprechend Anwendung. Wir zahlen in diesem Fall die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung aus, und es entsteht kein Anspruch auf die vorgezogene Leistung wegen tödlicher Erkrankung.

8. Haben wir vor Diagnose der tödlichen Erkrankung bereits die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung gezahlt, und ist der Vertrag mit einer reduzierten gültigen Versicherungssumme bei Tod fortgeführt worden (vgl. § 2 Absatz 15 und 17), zahlen wir nur diese reduzierte gültige Versicherungssumme bei Tod aus.

Auswirkungen der Zahlung der Versicherungssumme bei Tod gemäß § 5 auf den Versicherungsschutz

9. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, endet der Versicherungsvertrag, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei Tod auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei Tod erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt des Todesfalles gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag erlischt dann bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" auch für die andere versicherte Person. Sind wir im Fall des Todes einer versicherten Person nicht zur Zahlung der Versicherungssumme bei Tod verpflichtet, endet der Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt des Todes der versicherten Person.

   Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, endet der Versicherungsvertrag für die betroffene versicherte Person, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei Tod auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei Tod erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt des Todesfalles für die betroffene versicherte Person gezahlt wurden. Der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Absicherungsvariante „Einzelleben" umgestellt, und der Vertrag bleibt mit den für die andere versicherte Person gültigen Versicherungssummen bestehen. Sind wir im Fall des Todes einer versicherten Person nicht zur Zahlung der Versicherungssumme bei Tod verpflichtet, endet der Versicherungsvertrag für diese versicherte Person zum Zeitpunkt ihres Todes; der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Variante „Einzelleben" umgestellt.

§ 6 Welche Leistung erbringen wir für Ihre automatisch mitversicherten Kinder?

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht bei einer schweren Erkrankung oder einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme bei einem mitversicherten Kind

1. Die leiblichen und adoptierten Kinder der versicherten Person sowie Stiefkinder (das sind im Haushalt der versicherten Person lebende leibliche oder adoptierte Kinder des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person) der versicherten Person („mitversicherte Kinder") sind ab dem 30. Tag nach ihrer Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr für den Fall einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A und Anhang B sowie für den Fall einer in Anhang A oder Anhang B genannten Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme automatisch mitversichert. Befindet sich das mitversicherte Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres noch in einer Berufsausbildung, einem Vollzeitstudium oder einer Schulausbildung, endet der Versicherungsschutz erst mit Abschluss dieser Berufsausbildung, dieses Studiums oder dieser Schulausbildung, spätestens jedoch mit Ablauf des 25. Lebensjahres des mitversicherten Kindes.

2. Abweichend von § 6 Absatz 1 sind bei einem mitversicherten Kind ab dem Tag der Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr für den Fall einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A, Ziffer 54 bis einschließlich Ziffer 58 automatisch mitversichert. Befindet sich das mitversicherte Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres noch in einer Berufsausbildung, einem Vollzeitstudium oder einer Schulausbildung, endet der Versicherungsschutz erst mit Abschluss dieser Berufsausbildung, dieses Studiums oder dieser Schulausbildung, spätestens jedoch mit Ablauf des 25. Lebensjahres des mitversicherten Kindes.

3. Wir erbringen die nachfolgend aufgeführten Versicherungsleistungen, wenn bei einem mitversicherten Kind eines der nachfolgenden Ereignisse eintritt:

   a. bei der ersten Diagnose einer schweren Erkrankung während der Versicherungsdauer oder bei der ersten Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A während der Versicherungsdauer zahlen wir eine Versicherungsleistung in Höhe von 50 % der für die versicherte Person gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, wobei eine Erhöhung der Versicherungssumme nach § 2 Absatz 4 keine Berücksichtigung findet. Wir zahlen jedoch maximal 35.000 EUR, wenn die gültige Versicherungssumme mehr als 70.000 EUR beträgt.

   b. bei der erstmaligen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang B oder bei der erstmaligen Durchführung einer Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang B während der Versicherungsdauer zahlen wir eine Versicherungsleistung in Höhe von 12.500 EUR, maximal jedoch die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung.

   Diese Regelungen gelten, soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben.

4. Uns muss nachgewiesen werden, dass die schwere Erkrankung gemäß Anhang A oder Anhang B während der Versicherungsdauer diagnostiziert wurde oder die Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme gemäß Anhang A oder Anhang B während der Versicherungsdauer durchgeführt wurde. Darüber hinaus müssen die weiteren in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen und in den Anhängen A und B (vgl. § 1 Absatz 3) enthaltenen Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht vorliegen.

5. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, und unterscheiden sich die gültigen Versicherungssummen bei schwerer Erkrankung für die versicherten Personen, so ist die höhere Versicherungssumme die für die Versicherungsleistung nach § 6 Absatz 3 a maßgebliche gültige Versicherungssumme.

6. Uns muss außerdem nachgewiesen werden, dass das mitversicherte Kind 10 Tage nach Diagnose der schweren Erkrankung oder nach Durchführung der Operation oder der sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme noch gelebt hat.

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht bei Tod eines mitversicherten Kindes

7. Die mitversicherten Kinder sind ferner ab dem 4. Monat nach ihrer Geburt bis zum vollendeten 18. Lebensjahr auch für den Fall ihres Todes automatisch mitversichert. Befindet sich das mitversicherte Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres noch in einer Berufsausbildung, einem Vollzeitstudium oder einer Schulausbildung, endet der Versicherungsschutz insoweit ebenfalls erst mit Abschluss von Berufsausbildung, Vollzeitstudium oder Schulausbildung, spätestens jedoch mit Ablauf des 25. Lebensjahres des mitversicherten Kindes.

8. Bei Nachweis des Todes eines mitversicherten Kindes innerhalb des in § 6 Absatz 7 genannten Zeitraums zahlen wir eine Versicherungsleistung in Höhe von 7.000 EUR. Diese Regelung gilt, soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben.

9. Uns muss nachgewiesen werden, dass der Tod des mitversicherten Kindes während der Versicherungsdauer eingetreten ist.

Einschränkungen

10. Wir erbringen in Bezug auf jedes mitversicherte Kind die Versicherungsleistung gemäß § 6 Absatz 3 a und 8 nur einmal. Falls der jeweilige Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen oder gegen Tod für die versicherte Person endet, aufgrund derer das Kind als mitversichertes Kind gilt, zahlen wir auch keine entsprechenden Versicherungsleistungen mehr für das mitversicherte Kind.

11. Wir erbringen in Bezug auf jedes mitversicherte Kind die Versicherungsleistungen gemäß § 6 Absatz 3 b nur, bis die Gesamtsumme der für das mitversicherte Kind erbrachten Versicherungsleistungen den in Absatz 3 a genannten Betrag erreicht hat. Falls der jeweilige Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen für die versicherte Person endet, zahlen wir auch keine entsprechenden Versicherungsleistungen mehr für das mitversicherte Kind.

12. Ist das mitversicherte Kind im Rahmen von mehreren Verträgen gemäß § 6 mitversichert, erbringen wir die in § 6 Absatz 3 und § 6 Absatz 8 beschriebenen Versicherungsleistungen dennoch insgesamt für jedes in § 6 Absatz 3 und § 6 Absatz 8 genannte Ereignis nur einmal. Unterscheiden sich die Versicherungssummen der betroffenen Verträge, so ist die höhere Versicherungssumme die hier maßgebliche gültige Versicherungssumme.

13. Für bestimmte schwere Erkrankungen, Operationen oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen besteht eine Wartezeit. Tritt während der Wartezeit ein Versicherungsfall ein, erbringen wir keine Leistungen gemäß § 6 (vgl. § 15).

Anschlussvertrag für automatisch mitversicherte Kinder

14. Zuvor automatisch mitversicherte Kinder (vgl. § 6 Absatz 1) können innerhalb der ersten sechs Monate nach Vollendung des 18. Lebensjahres und damit nach Wegfall der automatischen Mitversicherung einen eigenen „Krankheits-Schutzbrief“ oder einen eigenen „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief“ ohne Gesundheitsprüfung (Kinder-Anschlussvertrag) beantragen. Voraussetzung ist, dass Ihr Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt der Beantragung noch besteht.

    Befindet sich das mitversicherte Kind bei Vollendung des 18. Lebensjahres noch in einer Berufsausbildung, einem Vollzeitstudium oder einer Schulausbildung, und besteht die automatische Mitversicherung also noch fort, beginnt der Anspruch auf Beantragung eines Kinder-Anschlussvertrages ohne Gesundheitsprüfung erst mit dem Abschluss dieser Berufsausbildung, dieses Vollzeitstudiums oder dieser Schulausbildung, spätestens jedoch mit Vollendung des 25. Lebensjahres des mitversicherten Kindes. Der Anspruch auf Beantragung eines Kinder-Anschlussvertrages ohne Gesundheitsprüfung endet dann entsprechend sechs Monate nach Abschluss dieser Berufsausbildung, dieses Vollzeitstudiums oder dieser Schulausbildung, spätestens jedoch sechs Monate nach Vollendung des 25. Lebensjahres. Voraussetzung ist, dass Ihr Versicherungsvertrag zum Zeitpunkt der Beantragung noch besteht.

15. Bei Beantragung eines „Krankheits-Schutzbriefes“ als Kinder-Anschlussvertrag darf die Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung maximal 35.000 EUR betragen; die Versicherungssumme bei Tod beträgt 5.000 EUR. Bei Beantragung eines „Erweiterten Krankheits-Schutzbriefes“ als Kinder-Anschlussvertrag darf die Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung und bei Tod jeweils maximal 35.000 EUR betragen.

    Der Kinder-Anschlussvertrag kommt nach den allgemeinen versicherungsrechtlichen Regeln zustande, wobei unsere Annahmerichtlinien Berücksichtigung finden; wir verzichten insoweit lediglich auf die Gesundheitsprüfung. Die Beiträge für den Kinder-Anschlussvertrag richten sich nach dem zum Beginn des Anschlussvertrages erreichten rechnungsmäßigen Alter und den dann gültigen Rechnungsgrundlagen. Ebenso werden die dann gültigen Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt.

16. Der Anspruch auf Beantragung eines Kinder-Anschlussvertrages besteht nur, wenn wir zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns des Kinder-Anschlussvertrages einen Tarif des „Krankheits-Schutzbriefes“ oder des „Erweiterten Krankheits-Schutzbriefes“ für Neuverträge anbieten.

    Voraussetzung für den Anspruch auf Beantragung eines Kinder-Anschlussvertrages ist darüber hinaus, dass bei dem mitversicherten Kind bis zum Versicherungsbeginn des Kinder-Anschlussvertrages kein Leistungsfall aus einer schwere Krankheiten-, Grundfähigkeits-, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsversicherung eingetreten ist. Darüber hinaus darf bei dem mitversicherten Kind bis zum Versicherungsbeginn des Kinder-Anschlussvertrages keine Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A und Anhang B Ihres Versicherungsvertrages gestellt worden sein. Ferner darf bei dem mitversicherten Kind bis zum Versicherungsbeginn des Kinder-Anschlussvertrages kein Antrag auf eine Leistung aus einem schwere Krankheiten-, Grundfähigkeits-, Pflege-, Erwerbsunfähigkeits- oder Berufsunfähigkeitsvertrag gestellt worden sein. Außerdem darf das mitversicherte Kind noch nicht über einen anderen Kinder-Anschlussvertrag abgesichert sein.

17. Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie (vgl. § 11) sowie der Dynamikoption (vgl. § 10) sind bei einem Anschlussvertrag für automatisch mitversicherte Kinder ausgeschlossen.

§ 7 Welche Leistung erbringen wir bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit?

Ihr Versicherungsschutz

1. Die Regelungen in § 7 gelten für Ihren Vertrag nur, wenn Sie den Zusatzbaustein „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit“ mit uns vereinbart haben.

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht

2. Wird die versicherte Person arbeitsunfähig im Sinne von § 7 Absatz 3, übernehmen wir die Beitragszahlungspflicht ab dem 4. Monat ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit zum darauffolgenden Monatsersten, bis einer der in § 7 Absatz 9 genannten Fälle eintritt. Diese Regelung gilt, soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben. Darüber hinaus müssen die weiteren in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht vorliegen.

3. Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit aufgrund von Krankheit oder Körperverletzung nach medizinischem Befund vorübergehend in keiner Weise ausüben kann, sie auch nicht ausübt und keiner anderweitigen Erwerbstätigkeit nachgeht. Geht die versicherte Person zum Zeitpunkt des medizinischen Befundes keiner beruflichen Tätigkeit nach, bedeutet Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen, dass die versicherte Person nach medizinischem Befund vorübergehend nicht in der Lage ist, drei oder mehr Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe einer anderen Person auszuführen. Die Aktivitäten des täglichen Lebens finden Sie in Anhang A, Ziffer 33 („Verlust der selbstständigen Lebensführung“).

4. Uns muss nachgewiesen werden, dass die Arbeitsunfähigkeit besteht, und dass sie während der Versicherungsdauer eingetreten ist.

5. Wird die versicherte Person innerhalb von 13 Wochen nach Ende einer mehr als drei Monate andauernden ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit, die zu Ansprüchen gemäß § 7 geführt hat, erneut allein aufgrund derselben Ursache arbeitsunfähig im Sinne von § 7 Absatz 3, entfällt die entsprechende Beitragszahlungspflicht bereits ab dem darauffolgenden Monatsersten. Auf die Voraussetzung einer erneuten dreimonatigen ununterbrochenen Arbeitsunfähigkeit verzichten wir in diesem Fall.

Einschränkungen

6. Wenn die Arbeitsunfähigkeit aufgrund von Schwangerschaft, Entbindung, Fehlgeburt oder Abtreibung entstanden ist, erbringen wir bis zum Ablauf von drei Monaten ab Ende der Schwangerschaft keine Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit. Wir übernehmen die Beitragszahlungspflicht dann erst ab dem 4. Monat ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit nach Ende der Schwangerschaft zum darauffolgenden Monatsersten.

7. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben“ gewählt, besteht Versicherungsschutz nur für die in Ihrem Versicherungsschein als „erste versicherte Person“ aufgeführte Person. Solange die Voraussetzungen gemäß § 7 bei der „ersten versicherten Person“ vorliegen, entfällt die Beitragszahlungspflicht für den Vertrag.

8. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL“ gewählt, besteht Versicherungsschutz gegen Arbeitsunfähigkeit für diejenige versicherte Person, für die der entsprechende Versicherungsschutz in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesen ist. Im Falle unserer Leistungspflicht gemäß § 7

entfällt die Beitragszahlungspflicht nur für den Beitragsanteil, der auf die jeweils arbeitsunfähige versicherte Person entfällt.

Ende unserer Leistungspflicht

9. Unsere Leistungspflicht bei Arbeitsunfähigkeit endet, wenn

   a. die versicherte Person nicht mehr arbeitsunfähig im Sinne von § 7 Absatz 3 ist;

   b. die versicherte Person keinen Versicherungsschutz aus dem „Krankheits-Schutzbrief" oder dem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" mehr genießt;

   c. die versicherte Person eine altersbedingte Rente von einem gesetzlichen Träger der Rentenversicherung erhält;

   d. die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat, oder

   e. die versicherte Person verstirbt.

Leistungsanspruch

10. Wenn Sie den Zusatzbaustein der dynamischen Anpassung gemäß § 10 mit uns vereinbart haben und eine dynamische Anpassung während der Arbeitsunfähigkeit einer versicherten Person erfolgt, entfällt die Beitragszahlungspflicht auch für den Erhöhungsbeitrag.

§ 8 Welche Leistung erbringen wir bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit?

Ihr Versicherungsschutz

1. Die Regelungen in § 8 gelten für Ihren Vertrag nur, wenn Sie den Zusatzbaustein „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" mit uns vereinbart haben.

Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht

2. Grundsätzlich zahlen wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auch dann, wenn bei der versicherten Person vollständige und dauerhafte Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 8 Absatz 3 eingetreten ist, wobei eine Erhöhung der Versicherungssumme nach § 2 Absatz 4 keine Berücksichtigung findet. Diese Regelung gilt, soweit sich aus diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen, den dazu gehörenden Anhängen oder den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein sowie aus den anzuwendenden gesetzlichen Regelungen keine entgegenstehenden Einschränkungen ergeben. Darüber hinaus müssen die weiteren in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen enthaltenen Voraussetzungen für den Eintritt unserer Leistungspflicht vorliegen.

3. Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls mindestens 6 Monate ununterbrochen außer Stande gewesen ist, mindestens 3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben und für voraussichtlich mindestens weitere 18 Monate keine Besserung des Zustandes zu erwarten ist.

4. Als Erwerbstätigkeit im Sinne von § 8 Absatz 3 gelten selbstständige Tätigkeiten sowie alle Tätigkeiten des allgemeinen Arbeitsmarktes.

5. Ob die versicherte Person in der Lage ist, eine Erwerbstätigkeit auszuüben, richtet sich allein nach ihren gesundheitlichen Verhältnissen; der zuletzt ausgeübte Beruf, die vorhandenen und erworbenen Fähigkeiten und Kenntnisse, die bisherige Lebensstellung, die Einkommensverhältnisse sowie die jeweilige Arbeitsmarktlage bleiben unberücksichtigt.

6. Uns muss nachgewiesen werden, dass die Erwerbsunfähigkeit während der Versicherungsdauer eingetreten ist.

Einschränkungen

7. Der Versicherungsschutz bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit endet, wenn die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.

8. Wir erbringen in Bezug auf jede versicherte Person die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung nur einmal. Dies gilt auch, falls die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung wegen Eintritts von Erwerbsunfähigkeit gezahlt wird. Falls wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bereits wegen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A bei der betroffenen versicherten Person gezahlt haben (vgl. § 2), zahlen wir keine weiteren Versicherungsleistungen wegen Erwerbsunfähigkeit der betroffenen versicherten Person.

9. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, so erbringen wir in Bezug auf beide versicherten Personen die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auch bei Eintritt von Erwerbsunfähigkeit insgesamt nur einmal für die versicherte Person, bei der Erwerbsunfähigkeit zuerst eintritt. Falls wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bereits wegen Diagnose einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder Durchführung einer Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A bei einer der versicherten Personen gezahlt haben (vgl. § 2), erbringen wir aus diesem Versicherungsvertrag keine weiteren Versicherungsleistungen wegen Erwerbsunfähigkeit.

10. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, besteht Versicherungsschutz aus dem Zusatzbaustein „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" für jede versicherte Person, für die der entsprechende Versicherungsschutz in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesen ist, unabhängig von dem Versicherungsschutz der anderen versicherten Person.

11. Wird die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung wegen Vorliegens von Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person beansprucht, nachdem die versicherte Person eine Vorableistung wegen Aufnahme auf die Warteliste (vgl. § 2 Absatz 10) erhalten hat, wird die Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung um die ausgezahlte Vorableistung wegen Aufnahme auf die Warteliste reduziert. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, so gilt dies auch, wenn die andere versicherte Person eine Vorableistung wegen Aufnahme auf die Warteliste (vgl. § 2 Absatz 10) erhalten hat.

Auswirkungen der Zahlung der Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung gemäß § 8 auf den Versicherungsschutz aus dem „Krankheits-Schutzbrief"

12. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, endet der Versicherungsvertrag, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt der Erwerbsunfähigkeit gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Vertrag erlischt dann bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" auch für die andere versicherte Person.

13. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, endet der Versicherungsvertrag für die betroffene versicherte Person, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt der Erwerbsunfähigkeit für die betroffene versicherte Person gezahlt wurden. Der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Absicherungsvariante „Einzelleben" umgestellt, und bleibt nur für die andere versicherte Person mit den für sie gültigen Versicherungssummen bestehen.

Auswirkungen der Zahlung der Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung gemäß § 8 auf den Versicherungsschutz aus dem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief"

14. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod nicht höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, endet der Versicherungsvertrag, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt der Erwerbsunfähigkeit gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Versicherungsvertrag erlischt dann bei der Absicherungsvariante „verbundene Leben" auch für die andere versicherte Person.

15. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, endet der Versicherungsvertrag nicht, wenn wir die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beitragsanteile für den Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen sowie gegen Erwerbsunfähigkeit, die ab Eintritt der Erwerbsunfähigkeit gezahlt wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Grundbaustein (vgl. § 1 Absatz 1) einschließlich dem Versicherungsschutz für automatisch mitversicherte Kinder bleibt dann aber nur als Todesfallschutz bestehen. Der Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen erlischt. Die gültige Versicherungssumme bei Tod reduziert sich weiter um die von uns ausgezahlte Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung. Der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit", „Dynamikanpassung" und „Vertragsverlängerung" bleibt in diesem Fall bestehen, soweit eine oder mehrere dieser Optionen mit uns vereinbart wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Zusatzbaustein „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" erlischt.

16. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod für die betroffene versicherte Person nicht höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung,

endet der Versicherungsvertrag für die betroffene versicherte Person, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beiträge, die ab Eintritt der Erwerbsunfähigkeit für die betroffene versicherte Person gezahlt wurden. Der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person auf die Absicherungsvariante „Einzelleben" umgestellt, und bleibt nur für die andere versicherte Person mit den für sie gültigen Versicherungssummen bestehen.

17. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, und ist die gültige Versicherungssumme bei Tod für die betroffene versicherte Person höher als die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung, endet der Vertrag für die betroffene versicherte Person ausnahmsweise nicht, wenn wir die für sie gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung auszahlen. Der Versicherungsschutz aus dem Grundbaustein (vgl. § 1 Absatz 1) einschließlich dem Versicherungsschutz für automatisch mitversicherte Kinder bleibt für die betroffene versicherte Person dann aber nur als Todesfallschutz bestehen. Der Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen erlischt. Zusätzlich zur Auszahlung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung erstatten wir die Beitragsanteile für den Versicherungsschutz gegen schwere Erkrankungen sowie gegen Erwerbsunfähigkeit für die betroffene versicherte Person, die ab Eintritt der Erwerbsunfähigkeit gezahlt wurden. Die gültige Versicherungssumme bei Tod reduziert sich um die von uns ausgezahlte Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung. Der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit", „Dynamikanpassung" und „Vertragsverlängerung" bleibt in diesem Fall bestehen, soweit eine oder mehrere dieser Optionen für die betroffene versicherte Person mit uns vereinbart wurden. Der Versicherungsschutz aus dem Zusatzbaustein „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" für die betroffene versicherte Person erlischt. Der Versicherungsschutz für die andere versicherte Person bleibt davon unberührt.

§ 9 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz noch ausgeschlossen bzw. wann entfällt der Versicherungsschutz?

Ausschlüsse betreffend die räumliche Geltung des Versicherungsschutzes

1. Wir gewähren weltweiten Versicherungsschutz, soweit nicht die in § 9 Absatz 2 bis 4 geregelten Ausschlüsse anwendbar sind.

2. Der Versicherungsschutz bei Eintritt von mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit (vgl. § 7) sowie bei Eintritt von vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit (vgl. § 8) besteht nur, solange die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz in den Ländern Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, England, Schottland, Wales, Nordirland, Irland, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern oder Vereinigte Staaten von Amerika hat, und sich nicht länger als sechs Monate ununterbrochen außerhalb der angegebenen Länder aufhält; etwas anderes gilt nur dann, wenn wir einer Ausdehnung des Versicherungsschutzes schriftlich zugestimmt haben.

3. Der Versicherungsschutz bei einer „HIV-Infektion" gemäß Anhang A besteht nur, wenn die Infektion innerhalb der nachfolgenden Gebietsgrenzen stattgefunden hat: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, England, Schottland, Wales, Nordirland, Irland, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Vereinigte Staaten von Amerika, Australien, oder Neuseeland.

4. Der Versicherungsschutz bei einer „Intensivbehandlung mit mechanischer Beatmung über zehn aufeinander folgende Tage" gemäß Anhang A besteht nur, wenn die Behandlung innerhalb der nachfolgenden Gebietsgrenzen durchgeführt wurde: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, England, Schottland, Wales, Nordirland, Irland, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Vereinigte Staaten von Amerika, Australien, oder Neuseeland.

Ausschlüsse betreffend die Leistungen bei schweren Erkrankungen, Operationen und sonstigen medizinisch notwendige Maßnahmen gemäß Anhang A

5. Verdachtsdiagnosen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, d. h. allein die Diagnose, dass der Verdacht auf Vorliegen einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A besteht, stellt keinen Versicherungsfall dar.

6. Es besteht kein Versicherungsschutz für folgende schwere Erkrankungen, Operationen und sonstige medizinisch notwendigen Maßnahmen gemäß Anhang A, wenn sie durch vorsätzliche Einwirkung der versicherten Person auf den eigenen Körper entstanden sind:
   - Intensivbehandlung (Anhang A, Ziffer 37);
   - Koma (Anhang A, Ziffer 38);
   - Lähmung von Armen oder Beinen (Anhang A, Ziffer 32);
   - Schlaganfall (Anhang A, Ziffer 13);
   - Traumatische Kopfverletzung (Anhang A, Ziffer 48);
   - Schwere Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung (Anhang A, Ziffer 49);
   - Verlust der selbstständigen Lebensführung (Anhang A, Ziffer 33);
   - Verlust von Händen oder Füßen (Anhang A, Ziffer 31);
   - HIV-Infektion (Anhang A, Ziffer 36).

7. Es besteht ferner kein Versicherungsschutz für schwere Erkrankungen, Operationen und sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen gemäß Anhang A, wenn sie durch eines der folgenden Ereignisse entstanden sind:
   - Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind;
   - Verstoß gegen ein Strafgesetz durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person;
   - Enzephalitis (Gehirnentzündung), die bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftritt;
   - Tumorerkrankungen, die bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten.

Ausschlüsse betreffend die Leistungen bei schweren Erkrankungen, Operationen und sonstigen medizinisch notwendige Maßnahmen gemäß Anhang B

8. Verdachtsdiagnosen sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, d. h. allein die Diagnose, dass der Verdacht auf Vorliegen einer schweren Erkrankung gemäß Anhang B besteht, stellt keinen Versicherungsfall dar.

9. Es besteht kein Versicherungsschutz für folgende schwere Erkrankungen, Operationen und sonstige medizinisch notwendigen Maßnahmen gemäß Anhang B, wenn sie durch vorsätzliche Einwirkung der versicherten Person auf den eigenen Körper entstanden sind:
   - Blindheit auf einem Auge (Anhang B, Ziffer 15);
   - Schwere Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung (Anhang B, Ziffer 21);
   - Signifikante Einschränkung des Sehvermögens (Anhang B, Ziffer 14);
   - Verlust von Hand oder Fuß (Anhang B, Ziffer 16).

10. Es besteht kein Versicherungsschutz für schwere Erkrankungen, Operationen und sonstige medizinisch notwendigen Maßnahmen gemäß Anhang B, wenn sie durch eines der folgenden Ereignisse entstanden sind:
    - Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind;
    - Verstoß gegen ein Strafgesetz durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person;
    - Hirnabszess, der bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftritt (vgl. Anhang B, Ziffer 9).

Ausschlüsse betreffend die Leistungen im Todesfall

11. Todesfallleistungen bei vorsätzlicher Selbsttötung sind ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages. Bei vorsätzlicher Selbsttötung der versicherten Person vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

12. Die Regelungen aus § 9 Absatz 11 gelten für eine unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung oder bei einer Wiederinkraftsetzung der Versicherung entsprechend. Die Frist gemäß § 9 Absatz 11 beginnt mit der Änderung oder der Wiederinkraftsetzung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Ausschlüsse betreffend die Leistungen bei tödlichen Erkrankungen

13. Versicherungsleistungen bei vorsätzlicher Verursachung einer eigenen tödlichen Erkrankung sind ausgeschlossen. Dies gilt nicht bei vorsätzlicher Verursachung einer eigenen tödlichen Erkrankung durch die versicherte Person nach Ablauf von drei Jahren seit Abschluss des Versicherungsvertrages. Bei vorsätzlicher Verursachung einer eigenen tödlichen Erkrankung vor Ablauf der Dreijahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist.

14. Die Regelungen aus § 9 Absatz 13 gelten für eine unsere Leistungspflicht erweiternde Änderung oder bei einer Wiederinkraftsetzung der Versicherung entsprechend. Die Frist gemäß § 9 Absatz 13 beginnt mit der Änderung oder der Wiederinkraftsetzung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Ausschlüsse betreffend die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit

15. Es besteht kein Versicherungsschutz bei Arbeitsunfähigkeit gemäß § 7, die durch eines der folgenden Ereignisse entstanden ist:

    - vorsätzlich selbst beigebrachte Verletzungen;
    - Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind;
    - Verstoß gegen ein Strafgesetz durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

Ausschlüsse betreffend die Leistungen bei Erwerbsunfähigkeit

16. Es besteht kein Versicherungsschutz bei Erwerbsunfähigkeit gemäß § 8, die durch eines der folgenden Ereignisse entstanden ist:

    - vorsätzlich selbst beigebrachte Verletzungen;
    - Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind;
    - Verstoß gegen ein Strafgesetz durch den Versicherungsnehmer oder die versicherte Person.

Ausschlüsse betreffend die Leistungen für mitversicherte Kinder

17. Die in § 9 Absatz 1 bis Absatz 5 und in § 9 Absatz 8 aufgeführten Leistungsausschlüsse gelten auch für mitversicherte Kinder. Die in § 9 Absatz 6 bis Absatz 7 und in § 9 Absatz 9 bis Absatz 16 aufgeführten Leistungsausschlüsse gelten für mitversicherte Kinder nicht.

18. Wir erbringen keine Leistung für ein mitversichertes Kind im Fall einer Intensivbehandlung (vgl. Anhang A, Ziffer 37), wenn das Kind jünger als 90 Tage alt ist.

19. Wir erbringen keine Leistung für ein mitversichertes Kind bei Verlust der selbstständigen Lebensführung (vgl. Anhang A, Ziffer 33).

20. Wir erbringen keine Leistung für ein mitversichertes Kind, wenn der Versicherungsfall bei dem Kind mit einer Gesundheitsstörung in ursächlichem Zusammenhang steht, die vor Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wurde, und die einem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person vor Beginn des Versicherungsschutzes bekannt war.

21. Wir erbringen keine Leistung für ein mitversichertes Kind, wenn der Versicherungsfall bei dem Kind mit einer angeborenen Gesundheitsstörung in ursächlichem Zusammenhang steht, die einem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person vor Beginn des in § 6 Absatz 1 und 7 genannten Zeitraums bekannt war.

22. Abweichend von Absatz 21 erbringen wir für die Erkrankungen gemäß Anhang A, Ziffer 54 bis einschließlich Ziffer 58, keine Leistungen für ein mitversichertes Kind, wenn der Versicherungsfall bei dem Kind mit einer angeborenen Gesundheitsstörung in ursächlichem Zusammenhang steht, die einem Versicherungsnehmer oder einer versicherten Person vor Geburt des Kindes bereits bekannt war.

Ausschlüsse betreffend sämtliche Leistungen

23. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Leistungsfall verursacht wurde:

    - unmittelbar oder mittelbar durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse;
    - unmittelbar oder mittelbar durch Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
    - unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen zweck- und zielgerichtet ist und mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist, und dies von einem von uns zu bestellenden unabhängigen Treuhänder bestätigt wird;
    - unmittelbar oder mittelbar durch die Teilnahme an Missionen mit Mandat der Vereinten Nationen (UN), Einsätzen im Rahmen von Bündnisverpflichtungen (NATO) oder Einsätzen unter Führung überstaatlicher Institutionen und Einrichtungen (z. B. OSZE, EU) sowie Auslandseinsätzen unter nationaler Verantwortung, an denen die versicherte Person als Angehöriger der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlicher organisierter Kriseneinsatzkräfte wie der Polizei oder der Bundespolizei (vormals Bundesgrenzschutz) beteiligt war; hierzu zählen insbesondere z. B. auch friedenserhaltende Maßnahmen der Bundeswehr außerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

      Diese Einschränkung des Versicherungsschutzes gilt nicht für Mitglieder der Bundeswehr, anderer staatlich organisierter Einsatzkräfte (z. B. Polizei) oder von Hilfsorganisationen, solange sie im Rahmen von humanitären Hilfeleistungen in Gebieten mit Krieg, Bürgerkrieg, inneren Unruhen oder Aufruhr außerhalb Deutschlands tätig sind.

      Diese Einschränkung des Versicherungsschutzes gilt ferner nicht nach Beginn eines Krieges oder Bürgerkrieges, dem die versicherte Person auf Reisen oder während Aufenthalten außerhalb Deutschlands ausgesetzt ist und an dem sie nicht aktiv beteiligt ist.

§ 10 Was bedeutet die Dynamikanpassung?

1. Die Regelungen in § 10 gelten für Ihren Vertrag nur, wenn Sie den Zusatzbaustein „Dynamikanpassung“ mit uns vereinbart haben.

   Bei der dynamischen Anpassung erhöht sich der Beitrag für die Versicherung jeweils um 5 % des Vorjahresbeitrags. Damit verbunden ist eine Erhöhung der Versicherungssumme um 3 % der Vorjahressumme.

2. Ist bei der Absicherungsvariante „DUAL“ die dynamische Anpassung mit uns vereinbart, können die Erhöhungen nur für beide versicherte Personen angenommen oder abgelehnt werden.

3. Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung. Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer jeweils zur Hauptfälligkeit (Jahrestag des Versicherungsbeginns). Jede Erhöhung bildet mit der zugrunde liegenden Versicherung eine Einheit.

4. Alle im Rahmen des Vertrages getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Leistungen. Die Erhöhung der Leistungen aus dem Vertrag setzt die Fristen bei vorvertraglicher Anzeigepflichtverletzung (vgl. § 17) nicht erneut in Lauf.

5. Sie können auf die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungssummen jederzeit mit Wirkung für die Zukunft verzichten. Die Dynamikanpassung endet, nachdem wir von Ihnen über den Verzicht in Kenntnis gesetzt wurden.

6. Zum Zeitpunkt der Erhöhung der Versicherungssummen und der Beiträge werden Sie darüber von uns schriftlich benachrichtigt. Sie sind nicht dazu verpflichtet, diese Erhöhung anzunehmen. Wenn Sie diese Erhöhung nicht annehmen, müssen Sie uns innerhalb von drei Monaten nach Erhalt des Angebots der Erhöhung davon in Kenntnis setzen. Sollten Sie dreimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen.

7. Die Dynamikanpassung endet automatisch, wenn die jeweils versicherte Person in den Absicherungsvarianten „Einzelleben“ oder „DUAL“ ihr 67. Lebensjahr vollendet hat. In der Absicherungsvariante „verbundene Leben“ endet die Dynamikanpassung, wenn die ältere versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.

8. Die Versicherungsleistungen für automatisch mitversicherte Kinder (vgl. § 6) sind von der dynamischen Anpassung ausgenommen. Etwas anderes gilt nur für die Versicherungsleistung nach § 6 Absatz 3 a, solange der dort genannte Maximalbetrag in Höhe von 35.000 EUR noch nicht erreicht ist.

§ 11 Wann Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung können Sie Ihren erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

1. Die Regelungen in § 11 gelten für Ihren Vertrag, soweit in den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein nichts anderes vermerkt ist.

   Wir prüfen das Verhältnis des Einkommens der versicherten Person zur Erhöhung der Versicherungssumme nicht.

2. Sie haben zu jeder Zeit während der Vertragsdauer die Möglichkeit, unter Beachtung der Einschränkungen in § 11 Absatz 4 bis 10, Ihre im Versicherungsschein ausgewiesene(n) Versicherungssumme(n) ohne weitere medizinische Untersuchungen zu erhöhen, wenn folgende besondere Ereignisse bei einer versicherten Person, die kein automatisch mitversichertes Kind ist, eintreten:

   - Erreichen der Volljährigkeit
   - Aufnahme einer nicht-selbstständigen beruflichen Tätigkeit nach Abschluss der ersten Berufsausbildung
   - Aufnahme einer nicht-selbstständigen beruflichen Tätigkeit nach Abschluss der ersten akademischen Ausbildung
   - Erfolgreiches Ablegen einer Meisterprüfung, Weiterqualifikation für Handwerker zum Techniker oder zum technischen Fach- und Betriebswirt.
   - Erhalt der Prokura
   - Aufnahme einer selbstständigen hauptberuflichen Tätigkeit
   - Wegfall oder Reduzierung einer betrieblichen Altersversorgung
   - Wegfall der Versicherungspflicht in der Gesetzlichen Rentenversicherung
   - Wegfall oder Reduzierung einer Versorgung aus einem berufsständischem Versorgungswerk
   - Übergang aus einem mindestens ein Jahr ununterbrochen andauernden Teilzeitarbeitsverhältnis in eine Vollzeitstelle
   - Übergang aus einem befristeten Arbeitsverhältnis in ein unbefristetes Arbeitsverhältnis
   - Heirat
   - Scheidung bzw. Aufhebung einer Lebenspartnerschaft
   - Geburt eines eigenen Kindes
   - Adoption eines Kindes
   - Tod des Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartners
   - Erwerb von eigengenutztem Wohneigentum sowie fremd- oder gewerblich genutzten Immobilien
   - Abschluss oder Erhöhung eines Darlehensvertrages in Höhe von mindestens 75.000 EUR in Verbindung mit Umbaumaßnahmen, Modernisierung oder Sanierung von eigengenutztem Wohneigentum sowie fremd oder gewerblich genutzten Immobilien
   - Gehaltssteigerung von mindestens 10 % des letzten Bruttojahreseinkommens aus nichtselbstständiger (Festgehalt ohne Tantiemen) und/oder selbstständiger Tätigkeit (Gewinn vor Steuern aus Praxis oder Gewerbe nach Abzug aller Betriebsausgaben und betrieblichen Steuern)
   - Gehalt übersteigt erstmalig die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung
   - Aufnahme eines Darlehens zur Neugründung bzw. Übernahme einer bestehenden Praxis bzw. Kanzlei oder Einstieg als Partner in eine bestehende Praxis bzw. Kanzlei.

3. Wenn die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt wurde, können Sie diese Option unabhängig voneinander für beide versicherte Personen ausüben.

4. Bei jedem besonderen Ereignis gemäß § 11 Absatz 2 dürfen Sie die Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung um maximal 50 % der Versicherungssumme, die auf dem ursprünglichen Versicherungsschein angegeben ist, erhöhen.

   Haben Sie einen „Krankheits-Schutzbrief" abgeschlossen, ist eine Erhöhung der Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung automatisch mit einer zusätzlichen Versicherungssumme bei Tod in Höhe von 5.000 EUR verbunden.

   Haben Sie einen „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" abgeschlossen, dürfen Sie die Versicherungssumme bei Tod bei jedem besonderen Ereignis gemäß § 11 Absatz 2 um maximal 50 % der Versicherungssumme erhöhen, die auf dem ursprünglichen Versicherungsschein angegeben ist.

   Bei mehreren Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherung darf die Summe aller Erhöhungen die ursprünglich vereinbarte Versicherungssumme nicht übersteigen. Die Erhöhung darf ferner für alle von Ihnen bei uns abgeschlossenen Versicherungen und für alle Versicherungssummen bei jedem Ereignis maximal 100.000 EUR und während der Versicherungsdauer maximal 200.000 EUR jeweils pro Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung bzw. bei Tod betragen.

5. Zusätzlich besteht unabhängig vom Eintritt eines der genannten Ereignisse zum 5. sowie zum 10. Jahrestag des Versicherungsbeginns die Möglichkeit, ohne erneute Gesundheitsprüfung den Versicherungsschutz zu erhöhen. Die Erhöhung unabhängig vom Eintritt eines der genannten Ereignisse darf 25 % der auf dem ursprünglichen Versicherungsschein angegebenen Versicherungssumme nicht übersteigen und maximal 25.000 EUR betragen. Für diese zusätzliche Versicherungssumme aus der Erhöhung gilt eine Wartezeit (vgl. § 14) von sechs Monaten ab dem Zeitpunkt der Erhöhung. Bei Versicherungsfällen, die innerhalb dieses Zeitraums eintreten, wird die Erhöhung der Versicherungssumme nicht berücksichtigt.

6. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, kann die Erhöhung nur einmal pro besonderem Ereignis geltend gemacht werden, auch wenn das besondere Ereignis bei beiden versicherten Personen eintritt.

7. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, gelten die in § 11 Absatz 4 und 5 genannten Einschränkungen für die Versicherungssummen der versicherten Personen jeweils separat.

8. Wenn Sie von der Nachversicherungsoption Gebrauch machen wollen, müssen Sie uns dies innerhalb von 12 Monaten nach Eintritt des besonderen Ereignisses in Textform mitteilen und den Eintritt des besonderen Ereignisses nachweisen.

9. Die Nachversicherungsoption kann nicht mehr ausgeübt werden, wenn die versicherte Person ihr 55. Lebensjahr vollendet hat. Wenn die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt wurde, kann diese Option nicht mehr ausgeübt werden, wenn die ältere der versicherten Personen ihr 55. Lebensjahr vollendet hat.

   Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder „verbundene Leben" gewählt, kann die Nachversicherungsoption nicht mehr ausgeübt werden, wenn bei einer versicherten Person vor Eintritt der in § 11 Absatz 2 und 5 genannten Ereignisse

   - eine schwere Erkrankung im Sinne von § 2 diagnostiziert wurde oder eine Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme im Sinne von § 2 durchgeführt wurde,
   - eine schwere Erkrankung im Sinne von § 3 diagnostiziert wurde oder eine Operation oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahme im Sinne von § 3 durchgeführt wurde,
   - eine tödliche Erkrankung im Sinne von § 5 diagnostiziert wurde oder
   - Erwerbsunfähigkeit im Sinne von § 8 eingetreten ist.

   Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, kann die Nachversicherungsoption von derjenigen versicherten Person nicht mehr ausgeübt werden, bei der sich ein Punkt aus dieser Aufzählung vor Eintritt der in § 11 Absatz 2 und 5 genannten Ereignisse verwirklicht hat.

10. Wenn Sie die Nachversicherungsoption ausüben, wird der Beitrag für den Erhöhungsteil gemäß unseren dann für den Neuzugang geltenden Beitragssätzen neu berechnet und zusätzlich zu dem bisherigen Beitrag erhoben. Berechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören die Kosten, die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken, das Alter der versicherten Person zum Erhöhungszeitpunkt, die restliche Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und die Erhöhung der Versicherungssummen. Es gelten für jede Erhöhung des Versicherungsschutzes die dann jeweils für unser Neugeschäft geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen nebst Anhängen. Sie werden mit der Police des Ergänzungsvertrags bzw. mit der geänderten Police übersandt. Ursprünglich vereinbarte Zuschläge, Ausschlüsse und Klauseln gelten auch für die Erhöhung des Versicherungsschutzes. Eine dynamische Anpassung findet für den Erhöhungsteil nicht statt.

11. Sollten Besondere Bestimmungen zu diesem Vertrag vereinbart worden sein, treffen diese auch auf die Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß § 11 zu.

§ 12 Wie können Sie Ihren Versicherungsschutz zum Ablauf des Vertrages ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Vertragsverlängerung)?

1. Die Regelungen in § 12 gelten für Ihren Vertrag nur, falls Sie den Zusatzbaustein „Vertragsverlängerung ohne erneute Gesundheitsprüfung" mit uns vereinbart haben.

2. Sie haben hinsichtlich des Versicherungsschutzes aus dem Grundbaustein (vgl. § 1 Absatz 1) und aus den Zusatzbausteinen (vgl. § 1 Absatz 5) das Recht, in den letzten drei Monaten vor dem vereinbarten Vertragsablauf in Textform zu verlangen, dass die Laufzeit ohne erneute Gesundheitsprüfung nach Maßgabe der Regelungen in § 12 verlängert wird. Die für die Vertragsverlängerung gültigen Versicherungssummen entsprechen sowohl für den Grundbaustein als auch für die gegebenenfalls vertraglich vereinbarten Zusatzbausteine den zum Ablauf des ursprünglichen Vertrages gültigen Versicherungssummen.

3. Bei einer Vertragsverlängerung berechnen wir Ihren Beitrag gemäß unseren dann für den Neuzugang geltenden Beitragssätzen neu. Berechnungsgrundlagen sind die Daten, auf denen die Kalkulation unserer Tarife beruht. Dazu gehören die Kosten, die Wahrscheinlichkeiten für den Eintritt der einzelnen Risiken, das Alter der versicherten Person zum

Erhöhungszeitpunkt, die restliche Versicherungs- und Beitragszahlungsdauer und die Erhöhung der Versicherungssummen. Es gelten für die Vertragsverlängerung die für das Neugeschäft dann geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen. Auch der Umfang der versicherten schweren Erkrankungen, Operationen und sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen richtet sich nach den zum Zeitpunkt der Verlängerung für das Neugeschäft dann geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen und Anhängen.

Alle sonstigen dem ursprünglichen Vertrag zugrunde liegenden besonderen Vereinbarungen, wie Risikozuschläge, Risikoausschlüsse und Klauseln, gelten ebenfalls weiter.

4. Die Vertragsverlängerung ist für jede versicherte Person, für die diese Option gilt, nur ein einziges Mal möglich. Der Versicherungsschutz kann um maximal 40 Jahre verlängert werden. Der Versicherungsschutz kann zudem maximal bis zu dem Zeitpunkt erstreckt werden, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat. Abweichend hiervon kann der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit", „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit und „Dynamikanpassung" nur bis zu dem Zeitpunkt erstreckt werden, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.
5. Wurde die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, ist für die in § 12 Absatz 4 genannten Altersgrenzen das Alter der älteren versicherten Person maßgeblich.
6. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, ist für die in § 12 Absatz 4 genannten Altersgrenzen das Alter der versicherten Person entscheidend, für die Versicherungsschutz aus dem Zusatzbaustein der Vertragsverlängerung besteht. Der Zusatzbaustein der Vertragsverlängerung kann für beide versicherte Personen vereinbart werden.

§ 13 Sind Sie an Überschüssen beteiligt?

Dieser Vertrag sieht keine Beteiligung an Überschüssen vor.

§ 14 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Welche Wartezeiten bestehen?

Versicherungsbeginn

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Allerdings kann unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung entfallen (vgl. § 20 und § 21).

   Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, so wird dieser vorläufige Versicherungsschutz durch diese Regelung nicht berührt.

Die Geltung von Wartezeiten

2. In den unten aufgelisteten Fällen gelten Wartezeiten. Wartezeit bedeutet, dass wir keine Leistungen gemäß § 2, § 3 und § 6 erbringen, wenn der Versicherungsfall während der Wartezeit eintritt. Für die Berechnung der Wartezeit ist der im Versicherungsschein angegebene Beginn der Versicherung maßgeblich.

   Von der Wartezeit erfasst ist dabei auch der Fall, dass innerhalb der Wartezeit eine Vorstufe einer schweren Erkrankung gemäß Anhang A oder Anhang B diagnostiziert wird, die für sich genommen noch keinen Anspruch auf Zahlung einer Versicherungsleistung auslösen würde. Verschlimmert sich also die Erkrankung im Laufe der Zeit und tritt nach Ablauf der Wartezeit in ein Stadium, das einen Anspruch auf Zahlung einer Versicherungsleistung auslösen würde, haben Sie gleichwohl keinen Anspruch auf die Versicherungsleistung.
3. Folgende Erkrankungen, Operationen und sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen sind von einer Wartezeit betroffen:
   - Krebs, benigner Gehirntumor, benigner Rückenmarkstumor (jeweils in der Ausprägung als schwere Erkrankung gemäß Anhang A, Ziffer 1 bis einschließlich Ziffer 3): Hier beträgt die Wartezeit sechs Monate ab Versicherungsbeginn.
   - Carcinoma in situ des Ösophagus, duktales Carcinoma in situ der Brust, niedriggradiges Prostatakarzinom sowie sonstige niedrigmaligne Tumorerkrankungen (jeweils in der Ausprägung als schwere Erkrankung gemäß Anhang B, Ziffer 1 bis einschließlich Ziffer 4): Hier beträgt die Wartezeit sechs Monate ab Versicherungsbeginn.
   - Bypass-Operation (gemäß Anhang A, Ziffer 5): Hier beträgt die Wartezeit drei Monate ab Versicherungsbeginn.
   - Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) (gemäß Anhang B, Ziffer 6): Hier beträgt die Wartezeit drei Monate ab Versicherungsbeginn.
   - Angioplastie (gemäß Anhang B, Ziffer 5): Hier beträgt die Wartezeit drei Monate ab Versicherungsbeginn.
   - Spina Bifida (gemäß Anhang A, Ziffer 55): Hier beträgt die Wartezeit neun Monate ab Versicherungsbeginn.
   - Hydrozephalus (gemäß Anhang A, Ziffer 57): Hier beträgt die Wartezeit neun Monate ab Versicherungsbeginn.
4. Es gilt zudem eine Wartezeit von sechs Monaten für die zusätzliche Versicherungssumme aus der Erhöhung des Versicherungsschutzes gemäß § 11 Absatz 5. Für den vor der Erhöhung bereits bestehenden Versicherungsschutz gilt diese Wartezeit nicht.

§ 15 Was ist bei Anzeige eines Versicherungsfalls zu beachten? Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen beansprucht werden?

1. Der Eintritt eines Versicherungsfalls muss uns unverzüglich angezeigt werden.
2. Wenn Leistungen aus diesem Vertrag beansprucht werden, muss uns der Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls nachgewiesen werden. Dazu können wir verlangen, dass uns jede Auskunft erteilt wird, die zur Feststellung des Versicherungsfalles erforderlich ist (Auskunftsobliegenheit). Weiter können wir verlangen, dass uns alle Angaben gemacht werden, die der Aufklärung des Sachverhaltes dienlich sind und uns die sachgerechte Prüfung unserer Leistungspflicht ermöglichen (Aufklärungsobliegenheit).
3. Werden Leistungen aufgrund einer schweren Erkrankung, Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A oder Anhang B verlangt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:
   - den Versicherungsschein;
   - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person oder das mitversicherte Kind gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens;
   - weitere medizinische Unterlagen, die in den Anhängen A und B bei den betreffenden Erkrankungen, Operationen und medizinischen Maßnahmen genannt sind.

   Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.
4. Werden Leistungen aufgrund eines Todesfalls verlangt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:
   - den Versicherungsschein;
   - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person zuletzt behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des zum Tode führenden Leidens;
   - eine Original-Sterbeurkunde; ist der Tod im Ausland eingetreten, benötigen wir darüber hinaus eine beglaubigte Übersetzung einer amtlichen Sterbeurkunde.

   Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.
5. Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:
   - den Versicherungsschein;
   - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegebenenfalls gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und gegebenenfalls voraussichtliche Dauer des Leidens.

   Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.
6. Werden Leistungen wegen Erwerbsunfähigkeit verlangt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:
   - den Versicherungsschein;
   - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegebenenfalls gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und gegebenenfalls voraussichtliche Dauer des Leidens.

   Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.
7. Ärztliche Berichte und Untersuchungen werden zur Prüfung des Anspruchs nur dann von uns berücksichtigt, wenn sie von einem in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Arzt erstellt bzw. durchgeführt worden sind. Die Arztberichte sind in deutscher Sprache zu verfassen.

   Zusätzlich akzeptieren wir Untersuchungen und Berichte von Ärzten, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, England, Schottland,

Wales, Nordirland, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA.

Die Arztberichte sind in deutscher oder englischer Sprache zu verfassen. Kosten, die durch eine Übersetzung von Arztberichten in die deutsche oder englische Sprache entstehen, hat der Anspruchsteller zu tragen.

8. Darüber hinaus können wir – dann allerdings auf unsere Kosten – zusätzliche Auskünfte zur Prüfung des Anspruchs einholen. Es ist uns zu ermöglichen, dass wir Gesundheitsdaten bei Ärzten oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, Sozialversicherungsträgern, gesetzlichen sowie privaten Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erheben und für diese Zwecke verwenden können. Dies kann durch eine pauschale, jederzeit widerrufliche Ermächtigung, durch Einzelermächtigungen oder durch Beschaffung der Informationen durch die versicherte Person selbst erfolgen; in den beiden letztgenannten Fällen entstehende Mehrkosten im Vergleich zu einer pauschalen Ermächtigung haben die versicherte Person bzw. der Anspruchsteller zu tragen.

9. Zur Prüfung des Anspruchs können wir zudem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Untersuchungskosten werden in diesem Fall durch uns übernommen.

   Dies schließt die Möglichkeit ein, dass Untersuchungen in Deutschland oder bei einem Arzt einer deutschen Botschaft durchgeführt werden. Wenn Sie für die geforderte Untersuchung aus dem Ausland nach Deutschland reisen müssen, übernehmen wir neben den Untersuchungskosten auch Reise- und Unterbringungskosten. Unter Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir die Anreisekosten gemäß Bahnfahrt 2. Klasse und falls erforderlich Flug in der economy class. Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 120 Euro pro Übernachtung übernommen. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

10. Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraumes trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

§ 16 Was gilt bei Verletzung einer Mitwirkungspflicht?

Wird eine in diesen Allgemeinen Versicherungsbedingungen oder in den Anhängen geregelte Mitwirkungspflicht vorsätzlich nicht erfüllt, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Die Mitwirkungspflichten sind in § 15 oder im Zusammenhang mit dem jeweiligen Versicherungsfall beschrieben. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Die Ansprüche bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 17 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, insbesondere beruflichen und privaten Risiken (z. B. Risikosportarten, gefahrenbehaftete Hobbys oder andere Aktivitäten; Auslandsaufenthalte) und Rauchen von Zigaretten. Wurde eine unrichtige Erklärung abgegeben, so kann dies den Verlust des Versicherungsschutzes zur Folge haben.

2. Die versicherte(n) Person(en) ist/sind – neben Ihnen – ebenfalls für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

3. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. § 17 Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

4. Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

5. Wird die Versicherung aufgrund von Rücktritt aufgehoben, erlischt die Versicherung; ein Rückkaufswert ist nicht auszahlbar. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

6. Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

7. Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten. Im Falle unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht zur Kündigung.

8. Kündigen wir die Versicherung, erlischt die Versicherung; ein Rückkaufswert ist nicht auszahlbar. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Rückwirkende Vertragsanpassung

9. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Dies kann dazu führen, dass wir rückwirkend den Versicherungsschutz in einem bestimmten Umfang einschränken und deshalb kein Versicherungsschutz besteht. Im Falle unverschuldeter Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflichten verzichten wir auf das Recht zur Vertragsanpassung.

10. Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

11. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

12. Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

13. Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben. Haben Sie oder die versicherte Person die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

14. Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Wird die Versicherung aufgrund von Anfechtung aufgehoben, erlischt die Versicherung; ein Rückkaufswert ist nicht auszahlbar. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen. Im Falle einer Anfechtung sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

15. § 17 Absatz 1 bis 13 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß § 17 Absatz 10 und 12 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

16. Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch

ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 18 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

1. Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von vier Wochen, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.
2. Während der Prüfung Ihres Leistungsanspruchs werden wir Sie über den Sachstand bzw. fehlende Unterlagen informieren. Eine Information über den Sachstand erfolgt spätestens alle 6 Wochen.
3. Wenn wir die Leistung nicht innerhalb von 30 Tagen nach Anerkennung des Anspruchs auszahlen, wird der fällige Betrag in Bezug auf den Zeitraum zwischen dem Datum der Anerkennung und dem Datum der Zahlung gemäß den geltenden Verzugsregeln erhöht.

§ 19 Wie können Sie die gültige Versicherungssumme nachträglich reduzieren?

1. Sie können jederzeit in Textform zum Schluss der Versicherungsperiode die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung und die gültige Versicherungssumme bei Tod reduzieren. Die Neuberechnung von Beiträgen und Leistungen führen wir auf der Grundlage jener Rechnungsgrundlagen durch, die bei Vertragsbeginn gültig waren. Eine Versicherungssummenreduzierung können Sie später nicht wieder rückgängig machen.
2. Eine Reduzierung der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung und der gültigen Versicherungssumme bei Tod auf weniger als jeweils 5.000 EUR ist nicht möglich.
3. Wurde die Absicherungsvariante „Einzelleben" oder die Absicherungsvariante „verbundene Leben" gewählt, können Sie die gültige Versicherungssumme bei Tod nur bis zur Höhe des Betrags der gültigen Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung reduzieren. Bei der Reduzierung der gültigen Versicherungssummen muss die Regelung in § 19 Absatz 2 beachtet werden.
4. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, können die gültigen Versicherungssummen bei schwerer Erkrankung und bei Tod für jede versicherte Person unabhängig voneinander reduziert werden. Bei der Reduzierung der Versicherungssummen müssen jedoch für jede versicherte Person einzeln die Regelungen in § 19 Absatz 2 und 3 beachtet werden.
5. Sie behalten – soweit in den Besonderen Bestimmungen zu Ihrem Versicherungsschein nichts anderes vermerkt ist – das Recht, die Versicherungssumme gemäß § 11 ohne Gesundheitsprüfung später wieder zu erhöhen.

§ 20 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1. Die Beiträge zu Ihrer Versicherung sind durch laufende Beitragszahlungen zu entrichten. Nach Vereinbarung können Sie die laufenden Beiträge in jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Abständen zahlen. Die Beiträge werden zu Beginn einer jeden Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode beträgt entsprechend der vereinbarten und im Versicherungsschein angegebenen Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr.
2. Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.
3. Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind entsprechend der im Versicherungsschein angegebenen Zahlungsweise zum Fälligkeitstag an uns zu zahlen.
4. Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist der Einzug des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie einem berechtigten Einzug nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.
5. Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

§ 21 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

1. Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, so können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
2. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

3. Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen, so erhalten Sie von uns eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen.
4. Sind Sie nach Ablauf dieser Frist mit der Zahlung in Verzug, so besteht für Versicherungsfälle, die nach Ablauf dieser Frist eintreten, kein Versicherungsschutz, wenn wir Sie in der Mahnung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
5. Wenn Sie mit einem Folgebeitrag nach Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen noch in Verzug sind, können wir den Vertrag fristlos kündigen. Die Kündigung können wir bereits bei Bestimmung der Zahlungsfrist aussprechen. In diesem Fall wird die Kündigung zum Fristablauf wirksam, wenn:
   - wir Sie in dem Kündigungsschreiben darauf hingewiesen haben und
   - Sie bei Fristablauf mit der Zahlung noch in Verzug sind.

Wiederinkraftsetzung

6. Wir werden den Vertrag wieder in Kraft setzen, falls Sie die Zahlung der fälligen Beiträge innerhalb von drei Monaten ab Fälligkeit des ersten nicht gezahlten Beitrags nachholen.
7. Im Falle der Wiederinkraftsetzung gemäß § 21 Absatz 6 besteht auch Versicherungsschutz für Versicherungsfälle, die im Zeitraum zwischen dem Wirksamwerden der Kündigung und der Wiederinkraftsetzung eingetreten sind.
8. Eine Wiederinkraftsetzung des Vertrags ist nicht möglich, falls Sie die Kündigung des Vertrags erklärt haben (vgl. § 22).

§ 22 Wann können Sie die Versicherung kündigen? Wann können Sie die Zusatzbausteine zu der Versicherung kündigen?

Kündigung der Versicherung

1. Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform kündigen.
2. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, kann die Versicherung jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode auch für jede versicherte Person einzeln gekündigt werden. Der Versicherungsschutz für die andere versicherte Person bleibt davon unberührt. Der Vertrag wird hinsichtlich der anderen versicherten Person dann auf die Absicherungsvariante „Einzelleben" umgestellt und bleibt nur für sie mit den für sie gültigen Versicherungssummen bestehen.
3. Ein Rückkaufswert wird bei Kündigung nicht ausgezahlt und der Versicherungsschutz erlischt. Sofern dennoch nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen, erstatten wir diese.
4. Mit der Kündigung der Versicherung erlischt automatisch auch der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen. Eine separate Fortführung der Zusatzbausteine ohne den Grundbaustein ist nicht möglich.

Kündigung von Zusatzbausteinen

5. Sie können die Zusatzbausteine „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit" (vgl. § 7), „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" (vgl. § 8), „Dynamikanpassung" (vgl. § 10) und „Vertragsverlängerung" (vgl. § 12) jederzeit zum Schluss der Versicherungsperiode in Textform kündigen. Sie können jeden Zusatzbaustein separat kündigen.
6. Wurde die Absicherungsvariante „DUAL" gewählt, kann der Zusatzbaustein „Dynamikanpassung" (vgl. § 10) nur für beide versicherte Personen gemeinsam gekündigt werden.

   Für die übrigen Zusatzbausteine „Beitragsbefreiung bei mehr als drei-

monatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit" (vgl. § 7), „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit" (vgl. § 8) und „Vertragsverlängerung" (vgl. § 12) gilt: Wurde für beide versicherte Personen derselbe Zusatzbaustein vereinbart, so kann dieser Zusatzbaustein auch für eine der versicherten Personen einzeln gekündigt werden. Der Versicherungsschutz aus dem Zusatzbaustein für die andere versicherte Person bleibt davon unberührt.

7. Ein Rückkaufswert wird bei Kündigung nicht ausgezahlt, und der Versicherungsschutz für den gekündigten Zusatzbaustein erlischt. Sofern dennoch nicht verbrauchte Beitragsteile zur Verfügung stehen, erstatten wir diese.

8. Bei Kündigung eines Zusatzbausteines besteht der Versicherungsschutz aus dem Grundbaustein unverändert fort.

Keine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

9. Sie können die Umwandlung des Vertrags in einen beitragsfreien Versicherungsvertrag nicht verlangen.

10. Beiträge und Reserven werden gemäß den gültigen Prinzipien für Lebensversicherungsgesellschaften in Irland kalkuliert. Insbesondere werden die Versicherungsbeiträge so berechnet, dass zu keinem Zeitpunkt ein Kapital zur Verfügung steht, welches im Falle einer Beitragsfreistellung eine Umwandlung Ihrer Versicherung in eine Versicherung mit beitragsfreier Versicherungssumme ermöglicht. Ein Rückkaufswert ist zu keiner Zeit vorhanden.

Beitragsrückzahlung

11. Die Rückzahlung von Beiträgen können Sie nicht verlangen.

§ 23 Sind Ihre Beiträge und Versicherungsleistungen garantiert?

Es garantiert der auf Ihrem Versicherungsschein ausgewiesene ursprüngliche Beitrag, dass die ebenfalls in Ihrem Versicherungsschein vereinbarten Leistungen nach Maßgabe dieser Allgemeinen Versicherungsbedingungen bis zum Ende der Versicherungsdauer gewährleistet werden. Wir verzichten auf das Recht zur Anpassung der Beiträge bzw. Leistungen gemäß § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Im Hinblick auf Steuern und öffentliche Abgaben, die auf den Beitrag anfallen, gilt § 24.

§ 24 Wer trägt die Steuern und öffentlichen Abgaben auf die Beiträge?

Wir sind berechtigt, Ihnen Steuern und öffentliche Abgaben in Rechnung zu stellen, die auf den Beitrag für diese Versicherung anfallen.

§ 25 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

1. Beiträge und Reserven werden gemäß den gültigen Prinzipien für Lebensversicherungsgesellschaften in Irland kalkuliert.

2. Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese sogenannten Abschluss- und Vertriebskosten sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

§ 26 Wann verjähren Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag?

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren nach drei Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch entstanden ist und der Gläubiger von den den Anspruch begründenden Umständen und der Person des Schuldners Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen müsste.

§ 27 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 28 Wer erhält die Versicherungsleistung?

Widerrufliches Bezugsrecht

1. Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir grundsätzlich an Sie als unsere(n) Versicherungsnehmer(in) oder an Ihre Erben. Falls zu dem Versicherungsvertrag zwei Versicherungsnehmer existieren, sind wir berechtigt, an einen der Versicherungsnehmer die Leistung aus dem Versicherungsvertrag mit schuldbefreiender Wirkung zu erbringen (Gesamtgläubiger). Sie können uns aber auch eine andere Person benennen, die bei Eintritt des Versicherungsfalls die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zum Eintritt des Versicherungsfalls können Sie das Bezugsrecht jederzeit widerrufen.

Unwiderrufliches Bezugsrecht

2. Wenn Sie ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag unwiderruflich und damit sofort erwerben soll, werden wir Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Bis Sie unsere Bestätigung erhalten haben, ist das Bezugsrecht widerruflich. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das unwiderrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

   Für die vorgezogene Leistung wegen tödlicher Erkrankung (vgl. § 5 Absatz 6) gilt ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu Gunsten der betroffenen versicherten Person.

   Für Leistungen bei Erkrankung eines mitversicherten Kindes gilt ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu Gunsten des betroffenen Kindes. Für die Leistung bei Tod eines mitversicherten Kindes gilt ein unwiderrufliches Bezugsrecht zu Gunsten der Erben des verstorbenen Kindes.

Mögliche Bezugsberechtigte für die Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung

3. Es gilt eine Einschränkung der Regelungen in Absatz 1. Es können die dort genannten Bezugsrechte für die Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung (inkl. ggf. eingeschlossener Erwerbsunfähigkeitsleistung) nur zu Gunsten der jeweils betroffenen versicherten Person oder zu Gunsten eines der folgenden Angehörigen der jeweils betroffenen versicherten Person vereinbart werden:

   - Ehegatten/eingetragene Lebenspartner,
   - Verwandte in gerader Linie z. B. Eltern (Adoptiv-)Kinder, (Ur-)Enkel, (Ur-)Großeltern,
   - Geschwister und deren Ehegatten/eingetragene Lebenspartner, Geschwister der Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner,
   - Kinder der Geschwister,
   - Pflegeeltern/-kinder,
   - Verschwägerte in gerader Linie z. B. Schwieger-/Stiefeltern, Schwieger-/Stiefkinder,
   - Pflegekinder des Ehegatten/eingetragenen Lebenspartner,
   - Geschwister der Eltern.

Abtretung/Verpfändung

4. Soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind, können Sie Ihre Rechte aus dem Versicherungsvertrag auch abtreten oder verpfänden.

Anzeigepflicht

5. Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. § 28 Absatz 1 und Absatz 2 Satz 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Rechtsnachfolge

6. Bei Tod des Versicherungsnehmers während der Laufzeit des Vertrags gilt grundsätzlich die gesetzliche Erbfolge. Wurde eine erbrechtliche Verfügung getroffen, gilt diese anstelle der gesetzlichen Erbfolge. Abweichungen von den erbrechtlichen Gegebenheiten können sich ergeben, wenn Sie zu Lebzeiten etwas anderes verfügt haben. Solch eine Verfügung erkennen wir nur und erst dann als wirksam an, wenn sie uns in Textform angezeigt wird.

§ 29 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen? Welche Besonderheiten gelten bei einem Umzug in das Ausland?

1. Die Kündigung des Versicherungsverhältnisses muss schriftlich erfolgen.

2. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns unter der nachfolgenden Adresse zugegangen sind. Versicherungsvertreter sind zu ihrer Entgegennahme nicht bevollmächtigt. Unsere Adresse lautet:

   Zurich Life Assurance plc
   Zurich House Frascati Road
   Blackrock
   Co. Dublin
   A94 X9Y3
   Irland

3. Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie Ihre Geschäftsanschrift als Postadresse verwenden und sich die Geschäftsanschrift ändert.
4. Bei Namensänderungen gilt § 29 Absatz 3 entsprechend.
5. Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns, auch in Ihrem Interesse, eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter). Die Regelungen zu den Gebietsgrenzen in § 9 bleiben hiervon unberührt.
6. Sie sind verpflichtet, uns zu informieren, wenn Sie Ihren ständigen Wohnsitz ins Ausland verlegen und dort ein hohes politisches Amt übernehmen sollten. Dieselbe Verpflichtung besteht auch dann, wenn Sie ins Ausland umziehen und dem Inhaber eines hohen politischen Amtes nahe stehen.
7. Dieser Vertrag ist auf Kunden mit Wohnsitz in Deutschland zugeschnitten. Sollten Sie oder die versichterte(n) Person(en) während der Vertragslaufzeit in ein anderes Land umziehen, könnte der Vertrag unter Umständen nicht mehr für Ihre persönlichen Bedürfnisse und Verhältnisse geeignet sein. Aufgrund verbindlicher Gesetze und Vorschriften des Staates, in den Sie oder eine versicherte Person den Wohnsitz dann verlegen, ist es uns unter Umständen nicht mehr möglich, den Versicherungsvertrag in vollem Umfang gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen durchzuführen. Bitte beachten Sie, dass wir in einem solchen Fall gegebenenfalls Ihre Allgemeinen Versicherungsbedingungen anpassen müssen und keine Beitragszahlungen oder Bearbeitungsanfragen mehr annehmen können. Sollte eine solche Anpassung notwendig sein, werden wir Sie davon rechtzeitig in Kenntnis setzen. Wenn Sie mit den Anpassungen nicht einverstanden sein sollten, haben Sie das Recht, die Beitragszahlungen für Ihren Vertrag einzustellen, und unsere Leistungspflicht entfällt.

§ 30 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 31 Wo ist der Gerichtsstand?

1. Für Ansprüche und Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
2. Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.
3. Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens und der Schweiz, sind die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 32 Wie können sich internationale Sanktionen auf Ihren Vertrag auswirken?

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewähren bzw. leisten wir aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz beziehungsweise keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten von Ihnen, der versicherten Person oder zugunsten eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen der versicherten Person anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

§ 33 Wie können Sie sich beschweren?

1. Bei Beanstandungen, die in Zusammenhang mit Ihrer Versicherung stehen, können Sie sich direkt an uns wenden.
2. Darüber hinaus haben wir uns als Mitglied des Versicherungsombudsmann e. V. dazu verpflichtet, an einem Verfahren zur Streitbeilegung vor einer Verbraucherschlichtungsstelle teilzunehmen. Den Ombudsmann für Versicherungen erreichen Sie derzeit wie folgt:

   Versicherungsombudsmann e. V.
   Postfach 080632
   10006 Berlin
   E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
   Internet: www.versicherungsombudsmann.de ´

   Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle.
3. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht sowie der Central Bank of Ireland, an die Sie sich bei Beschwerden wenden können. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

   Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
   Graurheindorfer Straße 108
   53117 Bonn
   E-Mail: poststelle@bafin.de

   und
   Central Bank of Ireland
   PO Box 559
   Dublin 1

4. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Vorbemerkung zu den Anhängen A und B

In den Anhängen A und B haben wir für Sie die schweren Erkrankungen, Operationen und sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen aufgelistet, die von Ihrem „Krankheits-Schutzbrief" oder Ihrem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" erfasst werden.

Die unterschiedliche Ausprägung von Erkrankungsstadien führt dazu, dass in bestimmten Fällen erst ab einem bestimmten Schweregrad ein Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung aus dem „Krankheits-Schutzbrief" oder dem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief" entstehen kann.

Die in Anhang A beschriebenen schweren Erkrankungen, Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen können einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung begründen, weil sie die Gesundheit in außerordentlich hohem Maße beeinträchtigen und mit einer erheblichen Einschränkung der Lebensqualität einhergehen, zum Teil sogar lebensbedrohlich sind. Die sich daraus ergebenden Folgen möchten wir mit Hilfe der Versicherungsleistung abmildern.

Die in Anhang B beschriebenen schweren Erkrankungen, Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen können einen Anspruch auf die versicherte Teilleistung begründen. Auch sie beeinträchtigen die Gesundheit in einem wesentlichen Ausmaß. Die damit verbundenen Folgen möchten wir mit Hilfe der Teilleistung abmildern.

In Einzelfällen kann dieselbe Erkrankung in Abhängigkeit der Ausprägung ihres Schweregrades den Anspruch auf die vollständige Leistung auslösen, wie sie in Anhang A beschrieben ist, oder den Anspruch auf die Teilleistung, wie sie in Anhang B beschrieben ist. Von dieser Differenzierung sind insbesondere die Tumorerkrankungen, die Multiple Sklerose, Erkrankungen des Herzens und Verbrennungen betroffen.

Zu jedem Krankheitsbild oder jeder medizinischen Maßnahme sind die konkreten, medizinisch nachprüfbaren Anspruchsvoraussetzungen aufgelistet. Zum besseren Verständnis wird bei Bedarf auf Einzelaspekte und/oder Erkrankungen beispielhaft eingegangen, die ausdrücklich keinen Anspruch auf die Leistung auslösen.

Soweit bestimmte operative Eingriffe zur Behandlung einer Erkrankung einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung begründen, hat dies seine Ursache ebenfalls in der besonderen Schwere des Eingriffs. Sofern dieselbe Erkrankung daher gegebenenfalls durch eine weniger belastende Maßnahme behandelt wird, die nicht ausdrücklich in einem der Anhänge beschrieben ist, entsteht kein Anspruch auf eine Versicherungsleistung.

Darüber hinaus finden Sie beispielhaft Erläuterungen, die das Krankheitsbild oder die medizinische Maßnahme auch für den Laien verständlich beschreiben soll. Sie sind aber nicht für den Umfang des Versicherungsschutzes maßgeblich.

Wir haben die Erkrankungen thematisch geordnet, so dass Sie sich schnell orientieren können. Die vorgenommene Einteilung erhebt insoweit nicht den Anspruch medizinischer Korrektheit.

Es ist wichtig, zu verstehen, dass wir die gültige Versicherungssumme nur bei Nachweis der Erkrankungen oder Ereignisse zahlen, die nachstehend beschrieben werden. Die konkreten Voraussetzungen für einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für den Krankheits-Schutzbrief und den Erweiterten Krankheits-Schutzbrief. Der Ausweis eines bestimmten Grades an Behinderung (GdB) begründet keinen Anspruch auf die Leistung aus Ihrem „Krankheits-Schutzbrief" oder Ihrem „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief".

Wartezeit

Bei einzelnen Erkrankungen, Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen, wie sie in den Anhängen A und B beschrieben sind, beginnt der Versicherungsschutz erst nach Ablauf einer bestimmten Wartezeit (vgl. § 14). Das bedeutet, dass ab Versicherungsbeginn für die ausgewiesene Wartezeit kein Versicherungsschutz für die betroffenen Ereignisse besteht. Ob eine solche gilt, ist bei der entsprechenden Definition noch einmal ausdrücklich vermerkt.

Konkret betroffen sind:

- Bösartige Tumorerkrankungen („Krebs") gem. Ziffer 1 des Anhangs A – 6 Monate
- Gutartige Tumorerkrankungen gem. Ziffer 2 und 3 des Anhangs A – 6 Monate
- Carcinoma in situ des Ösophagus gem. Ziffer 1 des Anhangs B – 6 Monate
- Duktales Carcinoma in situ der Brust gem. Ziffer 2 des Anhang B – 6 Monate
- Niedrig-malignes Prostatakarzinom gem. Ziffer 3 des Anhang B – 6 Monate
- Sonstige niedrig-maligne Tumorerkrankungen gem. Ziffer 4 des Anhang B – 6 Monate
- Koronare Bypass-Operation gem. Ziffer 5 des Anhangs A – 3 Monate, außer bei Vorliegen einer De-novo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer dringenden oder frühen (< 72 Stunden) Bypassoperation gemäß den ESC-Guidelines in der dann gültigen Version
- Angioplastie gem. Ziffer 5 des Anhangs B – 3 Monate
- Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) gem. Ziffer 6 des Anhangs B – 3 Monate
- Spina Bifida gem. Ziffer 55 des Anhangs A – 9 Monate
- Hydrozephalus gem. 57 des Anhangs A – 9 Monate

Leistung bei Aufnahme auf eine Warteliste

Wir gewähren Ihnen eine Vorableistung auf die vollständige Versicherungsleistung, wenn bestimmte Ereignisse, die in Anhang A entsprechend gekennzeichnet sind, zwar noch nicht durchgeführt wurden, die versicherte Person jedoch für diese auf eine Warteliste aufgenommen wurde. Diese Vorableistung beträgt 50 % der gültigen Versicherungssumme, jedoch maximal 30.000 EUR, wenn die gültige Versicherungssumme mehr als 60.000 EUR beträgt. Wird die Operation dann durchgeführt, erhalten Sie die Differenz zwischen ausgezahlter Vorableistung und gültiger Versicherungssumme ausbezahlt. Konkret betroffen sind:

- Operation zur Korrektur eines Herzfehlers gem. Ziffer 8 des Anhangs A
- Operation zur Korrektur einer Herzklappe gem. Ziffer 9 des Anhang A
- Konstriktive Perikarditis gem. Ziffer 10 des Anhangs A
- Implantation einer Aortenprothese gem. Ziffer 11 des Anhangs A

Unabhängig davon erbringen wir bereits die vollständige Versicherungsleistung, wenn die versicherte Person für eine Organtransplantation auf eine offizielle Warteliste für Transplantationen gesetzt wurde und dies den Richtlinien für die Wartelisteführung der Deutschen Bundesärztekammer entspricht (vgl. Leistung bei Transplantation von Knochenmark sowie großer Organe, Ziffer 47 des Anhangs A).

Erfordernis von Facharzt-Diagnosen und sonstigen medizinischen Nachweisen

In den beiden Anhängen gibt es bei Bedarf Verweise auf von Fachärzten gestellte Diagnosen sowie sonstige medizinische Nachweise (beispielsweise histologische, bildgebende oder klinische Befunde), die sich an den spezifischen Kriterien der jeweiligen Erkrankung, Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme orientieren. Sie bilden die Grundlage unserer Entscheidungsfindung und sind damit Voraussetzung für Ihren Anspruch (vgl. § 1 Absatz 3 AVB). In Zweifelsfällen werden wir die uns eingereichten Unterlagen unseren Gesellschaftsärzten/-ärztinnen zur Beurteilung vorlegen oder einen unabhängigen Gutachter einbeziehen.

Erfordernis besonderer Therapie-Nachweise oder Voraussetzung spezieller Behandlungsmethoden

In einigen Fällen setzt der Anspruch auf die Versicherungsleistung voraus, dass definierte Therapien bereits durchgeführt wurden oder Operationen oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen auf eine bestimmte Art und Weise erfolgen (vgl. § 1 Absatz 3 AVB). Die konkreten Anforderungen sind an den spezifischen Kriterien der jeweiligen Erkrankung, Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme orientiert. Hiervon erfasst sind auch Regelungen, die individuelle medizinische Mindeststandards für die Entscheidung über ein bestimmtes Behandlungserfordernis beschreiben.

Trauma

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung setzt bei einzelnen Erkrankungen, Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen ein Trauma voraus. Unter „Trauma" oder „traumatischer Verletzung" verstehen wir die substantielle Verletzung von Gewebestrukturen durch gewaltsame Einwirkung von außen auf das betroffene Körperteil.

Unfall

Anspruchsvoraussetzung kann im Einzelfall ein Unfallgeschehen sein. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

Anhang A

– Definitionen schwerer Erkrankungen, Operationen und sonstiger medizinisch notwendiger Maßnahmen, die einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung auslösen können

Tumorerkrankungen (gutartige und bösartige Neubildungen)

Beschreibung

Unter Tumore (Geschwulste) werden gutartige (benigne) und bösartige (kanzeröse, maligne) Neubildungen von Gewebe im oder am Körper zusammengefasst. Dabei kann das Wachstum unterschiedlich schnell voranschreiten.

Bösartige Tumore, die wir als „Krebs" bezeichnen, wachsen unkontrolliert und dringen in das umliegende Gewebe ein (invasiv). Dabei verdrängen und/oder zerstören sie das gesunde Gewebe (infiltrierendes und destruierendes Wachstum). Sie können sich im Einzelfall über den Blutstrom oder das Lymphsystem im Körper ausbreiten und so in anderen Teilen des Körpers Tochtergeschwulste (Metastasen) bilden. Die Tumorerkrankungen werden je nach Krebsart in unterschiedliche Stadien oder Grade eingeteilt. Der Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung setzt voraus, dass – in Abhängigkeit von der diagnostizierten Erkrankung – ein bestimmter definierter Schweregrad nachgewiesen werden muss. Die behandelnden Ärzte sind mit den hier verwendeten Fachausdrücken vertraut. Sie nehmen im Rahmen der Diagnostik die entsprechende Stadien- oder Gradeinteilung vor.

Gutartige Tumore sind primär durch ihre Raumforderung infolge des Wachstums gekennzeichnet, ohne dabei bösartig im vorbeschriebenen Sinn zu sein. Sie können gleichwohl lebensbedrohlich sein, wenn sie auf Bereiche des Gehirns drücken oder die Funktion des Rückenmarks beeinträchtigen.

Wartezeit

Für Ihren Versicherungsschutz bei Diagnose einer gutartigen oder bösartigen Tumorerkrankung besteht eine Wartezeit von sechs Monaten. Dies bedeutet, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben, wenn die Diagnose der Tumorerkrankung innerhalb von sechs Monaten nach Versicherungsbeginn gestellt wird.

Dies gilt auch dann, wenn innerhalb der sechs Monate eine Vorstufe der Tumorerkrankung diagnostiziert wird, die für sich genommen noch keinen Anspruch auf die vollständige Leistung auslösen würde. Verschlimmert sich also die Erkrankung im Laufe der Zeit und tritt nach Ablauf der sechs Monate in ein Stadium, das Anspruch auf die vollständige Leistung auslösen würde, haben Sie gleichwohl keinen Versicherungsschutz.

Tumore ohne Versicherungsschutz

Grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Tumorerkrankungen, die bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).

1. Krebs

Versichert ist das Vorliegen

- eines malignen Tumors im Stadium I, für den eine Behandlung mit Chemo-, Strahlen- oder Immuntherapie (Car-T oder Checkpoint Inhibitor) erforderlich ist.
- eines malignen Tumors im Stadium II oder größer.
- einer Leukämie, einer malignen Knochenmarkserkrankung oder eines malignen Lymphoms.

Nicht versichert sind:

- Eine Tumorerkrankung, welche bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung aufgetreten ist (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).
- Ein Carcinoma in situ, d.h. alle prämalignen Erkrankungen oder nichtinvasiven Krebserkrankungen (z.B. CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Stadium 0 UICC Edition 8.)
- Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1a N0 M0, T1b N0 M0 und T2a N0 M0
- Prostatakarzinome mit Gleason Score ≤ 6 und nicht weiter fortgeschritten als T1N0M0 UICC Edition 8.), außer sie wurden per radikaler Prostatektomie entfernt
- Neuroendokrine Tumore im Stadium I entsprechend der AJCC-Definition, sowie neuroendokrine Tumore der Hirnanhangsdrüse (Hypophysenadenom, PitNET) ohne Nachweis von Fernmetastasen
- Papilläre- und follikuläre Schilddrüsenkarzinome nach der TNM-Klassifikation T1 N0 M0 und T2 N0 M0
- Hyperkeratosen, Basaliome, Dermatofibrosarkoma protuberans und Spinaliome
- Krebs, der lediglich durch Testverfahren, die auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder Tumor-assoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut (liquid biopsy), Speichel, Urin oder Stuhl ohne histopathologischen Befund basieren, nachgewiesen wurde.

Der Nachweis des Schweregrades muss durch Facharztberichte des entsprechenden Fachgebietes und eindeutiger Diagnose mittels histopathologischem Befund nach UICC Edition 8 erbracht werden.

Tumore mit einem niedrigeren Grad als hier beschrieben, können gegebenenfalls einen Teilleistungsanspruch begründen. Sie sind entsprechend in Anhang B beschrieben.

2. Benigner (gutartiger) Gehirntumor

Versichert ist das Vorliegen eines gutartigen Tumors im Gehirn, den Hirnnerven oder den Hirnhäuten innerhalb des Schädels, der entweder

- operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert (notwendig) ist, aber nicht möglich ist bzw. nicht vorgenommen werden kann, oder
- mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde, oder
- zu neurologischen Schäden geführt hat, welche seit mindestens 3 Monaten andauern. Hierunter verstehen wir Lähmungen, Sprachstörungen (Aphasie), Schluckstörung, neu aufgetretene Sehstörungen, Gangstörung, Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel, Tremor, Krampfanfälle, Demenz, Delirium und Koma.

Von der oben stehenden Definition ausdrücklich ausgeschlossen sind:

- Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildung)
- Neurinome (gutartiger Nervenfasertumor einschließlich Akustikusneurinom)
- Hypophysenadenome (Neuroendokrine Tumore der Hirnanhangdrüse, PitNET)
- Angiome (Gefäßneu- oder fehlbildung)
- Zysten
- Abszesse

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung wegen einer gutartigen Tumorerkrankung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Onkologie oder Radiologie mittels Bildgebung (CT oder MRT).

3. Benigner (gutartiger) Rückenmarkstumor

Versichert ist ein gutartiger Tumor des Wirbelkanals oder des Rückenmarks, welcher entweder:

- operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert (notwendig) ist, aber nicht möglich ist bzw. nicht vorgenommen werden kann, oder
- mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde, oder
- zu neurologischen Schäden geführt hat, welche seit mindestens 3 Monaten andauern. Hierunter verstehen wir Lähmungen, Gangstörung, Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel, Blasen- oder Darmentleerungsstörungen.

Von der oben stehenden Definition ausdrücklich ausgeschlossen sind:

- Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildung)
- Neurinome (gutartiger Nervenfasertumor)
- Angiome (Gefäßneu- oder fehlbildung)
- Zysten
- Abszesse

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Neurologie oder Neurochirurgie sowie den Nachweis durch eine Computertomographie (CT) oder eine Magnetresonanztomographie (MRT).

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf

Beschreibung

Eine Vielzahl von Erkrankungen oder Funktionsstörungen des Herzens und des Kreislaufs können zu erheblichen, teils lebensbedrohlichen Gesundheitsstörungen führen. Neben den Erkrankungen selbst sind im Einzelfall auch Operationen oder sonstige medizinisch notwendige Maßnahmen mit einer außerordentlich hohen Belastung der Gesundheit oder hohem Risiko verbunden, so dass wir auch in diesen Fällen eine Versicherungsleistung erbringen.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind daher insbesondere solche Erkrankungen, Operationen oder medizinisch notwendige Maßnahmen, die aufgrund ihrer Risikobewertung nicht als „schwere Erkrankungen" im Sinne Ihres „Krankheits-Schutzbriefes" oder Ihres „Erweiterten Krankheits-Schutzbriefes" eingestuft werden.

Wartezeit

Für Ihren Versicherungsschutz bei Erfordernis einer koronaren Bypass-Operation (vgl. Ziffer 5) besteht eine Wartezeit von drei Monaten, außer bei Vorliegen einer De-novo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer dringenden oder frühen (< 72 Stunden) Bypassoperation gemäß den ESC-Guidelines in der dann gültigen Version. Dies bedeutet, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben, wenn die Notwendigkeit einer koronaren Bypass-Operation innerhalb von drei Monaten nach Versicherungsbeginn festgestellt wird.

4. Herzinfarkt

Wenn die Blutzufuhr zum Herzen unterbrochen wird, kann dies dazu führen, dass ein Teil des Herzmuskels abstirbt. Ärzte bezeichnen dieses plötzliche Absterben des Herzmuskels als akuten Myokardinfarkt, sonst bekannt als Herzinfarkt.

Versichert ist das Absterben von Herzmuskelgewebe aufgrund unzureichender Blutversorgung mit den folgenden Zeichen des akuten STEMI oder NSTEMI Myokardinfarkts:

- charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Enzyme z. B. der Troponine
- sowie mindestens eines der beiden folgenden Kriterien:
  - typische klinische Symptome (zum Beispiel charakteristische Brustschmerzen) oder
  - neue, charakteristische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG).

Durch die oben stehende Definition sind andere akute Koronarsyndrome (Beschwerden des Herzens) nicht versichert. Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgenommen sind insbesondere Angina pectoris Beschwerden (anfallsartiger Brustschmerz durch vorübergehende Durchblutungsstörung des Herzens).

5. Koronare Bypass-Operation

Versichert ist eine Operation (OP) oder der Nachweis einer Notwendigkeit einer OP „am offenen Herzen" oder eine minimalinvasive Bypass-OP (MIDCAB = Minimal Invasive Direct Coronary Artery Bypass) zur Korrektur einer Verengung oder eines Verschlusses einer oder mehrerer Koronararterien mit Bypass-Transplantaten,

- wenn der Eingriff durch einen Facharzt für Kardiologie oder Herzchirurgie indiziert wurde und den aktuellen Leitlinien Deutschen Gesellschaft für Kardiologie entspricht.
- durch eine Angiographie als medizinisch notwendig erachtet worden ist.

Angioplastie und alle anderen intra-arteriellen, katheterbasierten Techniken und Laserverfahren sind ausgeschlossen, wenn sie nicht ausdrücklich im Einzelnen im Rahmen der Regelungen des Anhang B versichert sind.

6. Kardiomyopathie (Erkrankung des Herzmuskels)

Kardiomyopathie ist eine schwere Herzkrankheit mit häufig unbekannter Ursache, bei der der Herzmuskel Blut nicht mehr effektiv ansaugen oder durch den Körper pumpen kann. Zu den Symptomen der Kardiomyopathie gehören Kurzatmigkeit bei mäßiger Belastung, Brustschmerzen und Ohnmacht.

Versichert ist eine Kardiomyopathie, die durch objektive Befunde in ihrer Schwere belegt ist und folgende Kriterien aufweisen muss:

- starke Einschränkung der körperlichen Aktivität auf den Grad III der NYHA-Klassifikation (New York Health Association Classification), die
- mindestens drei Monate andauert, obschon die versicherte Person auf eine geeignete Therapie eingestellt ist.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Kardiologie.

Ausgeschlossen sind alle anderen Formen der Herzerkrankung, Herzvergrößerung und Myokarditis, jede Kardiomyopathie, die im Zusammenhang mit Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch stehen.

7. Herzstillstand

Bei einem Herzstillstand hört das Herz auf zu arbeiten. Dies führt normalerweise zu einer Unterbrechung der Blutzirkulation im Gehirn. Dadurch wird die Versorgung des Gehirns mit Sauerstoff verhindert, so dass es zur Bewusstlosigkeit kommt.

Versichert ist der plötzliche Verlust der Herzfunktion mit Unterbrechung der Blutzirkulation im Körper und der Folge der Bewusstlosigkeit und der darauf folgenden operativen Implantation eines der folgenden Geräte:

- implantierbarer Kardioverter-Defibrillator (ICD)
- kardiale Resynchronisationstherapie mit Defibrillator (CRT-D)

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- Implantation eines Herzschrittmachers
- Implantation eines Defibrillators ohne Herzstillstand
- Herzstillstand der im Zusammenhang mit Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch steht.

8. Operation zur Korrektur eines Herzfehlers

Versichert ist eine Herzoperation, die eine mediane Sternotomie (Operation mit Durchtrennung des Brustbeins) oder eine minimalinvasive Operation erforderlich macht. Die Operation muss aufgrund der Leitlinien der deutschen kardiologischen Gesellschaft notwendig und zur Korrektur eines Herzfehlers erfolgt sein.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- endovaskuläre Operation
- alle anderen intra-arteriellen, Katheter basierten Techniken und Laserverfahren

Falls die versicherte Person auf eine Warteliste zur Durchführung der oben beschriebenen Operation aufgenommen wurde, so prüfen wir Ihren Anspruch auf eine Vorableistung gemäß § 2 Absatz 10 AVB.

9. Operation zur Korrektur einer Herzklappe

Versichert ist eine Herzoperation, die eine mediane Sternotomie (Operation mit Durchtrennung des Brustbeins) oder eine minimalinvasive Operation erforderlich macht. Die Operation muss aufgrund der Leitlinien der deutschen kardiologischen Gesellschaft notwendig und zur Reparatur oder dem Ersatz einer oder mehrerer Herzklappen erfolgt sein.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- endovaskuläre Operation
- alle anderen intra-arteriellen, Katheter basierten Techniken und Laserverfahren

Falls die versicherte Person auf eine Warteliste zur Durchführung der oben beschriebenen Operation aufgenommen wurde, so prüfen wir Ihren Anspruch auf eine Vorableistung gemäß § 2 Absatz 10 AVB.

10. Konstriktive Perikarditis

Die konstriktive Perikarditis ist eine Entzündung des Herzbeutels (Perikard), die eine Vernarbung und dadurch eine eingeschränkte Herzfunktion verursacht, die zum Herzversagen führen kann. Die Erkrankung wird medikamentös oder operativ behandelt.

Versichert ist ausschließlich die chronische konstriktive Form der Perikarditis, welche durch objektive Befunde in ihrer Schwere belegt ist. Es muss eine eingeschränkte Herzfunktion anhand eines kardiologischen bildgebenden Verfahrens festgestellt werden, die entweder inoperabel ist oder zu einer Perikardektomie ([Teil-]Entfernung des Herzbeutels) geführt hat. Die Krankheit muss zu einer starken Einschränkung körperlicher Aktivität gemäß Grad III der NYHA-Klassifikation (New York Heart Association) geführt haben. Diese Einschränkung muss mindestens 6 Monate durchgehend andauern, nachdem die versicherte Person sich einer Perikardektomie unterzogen hat, oder obschon die versicherte Person auf eine optimale, medikamentöse Therapie eingestellt ist.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Kardiologie.

Alle anderen Formen der Perikarditis sind ausgeschlossen.

11. Implantation einer Aortenprothese

Versichert ist die Operation eines thorakalen oder eines abdominalen Aortenaneurysmas oder einer signifikanten, Verengung (Stenose) der Aorta mit

Ischämie-Symptomatik, die infolge einer Erkrankung oder eines Traumas entstandenen ist.

Dies umfasst auch minimalinvasive Implantationen einer Aortenprothese (endovaskulär, TEVAR), welche auf Grund einer akuten Aortendissektion oder auf Grund eines frei oder gedeckt rupturierten Aortenaneurysmas durchgeführt wurden.

Die Operation muss gemäß den Leitlinien der deutschen kardiologischen Gesellschaft erforderlich sein. Die Operation muss zudem die Implantation einer Aortenprothese mit umfassen.

Jeder andere chirurgische Eingriff ist von der oben stehenden Definition ausdrücklich ausgeschlossen. Ebenso vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Erkrankungen oder Traumata, die ausschließlich die Nebenäste der Aorta betreffen.

Falls die versicherte Person auf eine Warteliste zur Durchführung der oben beschriebenen Operation aufgenommen wurde, so prüfen wir Ihren Anspruch auf eine Vorableistung gemäß § 2 Absatz 10 AVB.

12. Primäre pulmonalarterielle Hypertonie

Bei dieser Erkrankung findet sich ein unerklärter Anstieg des Blutdrucks im Lungenkreislauf verbunden mit einem zunehmenden Anstieg des Gefäßwiderstandes. Dieselbe Symptomatik kann auch Folge anderer, bekannter Erkrankungen sein. Der Blutdruckanstieg ist dann erklärlich und man spricht von sekundärer (im Gegensatz zu primärer) pulmonalarterieller Hypertonie. Die sekundäre pulmonalarterielle Hypertonie ist vom Versicherungsschutz ausdrücklich ausgeschlossen.

Der Blutdruckanstieg führt häufig zu einer Beeinträchtigung der Herzpumpfunktion (Rechtsherzbelastung/Rechtsherzinsuffizienz), so dass es zu Leistungseinschränkungen kommen kann, die nicht wieder rückgängig zu machen sind (irreversibel).

Versichert ist eine primäre pulmonal-arterielle Hypertonie, die zu Anzeichen der Rechtsherzbelastung und der Rechtsherzinsuffizienz geführt hat. Konkret müssen die nachfolgenden Kriterien nachgewiesen werden:

- drei Monate durchgängige körperliche Beeinträchtigung, die mindestens Grad IV der NYHA-Klassifikation (New York Health Association Classification) der Beeinträchtigungen der Herzfunktion entspricht
- mittlerer Pulmonalarteriendruck > 40 mmHg und
- pulmonaler Gefäßwiderstand > 3 (mmHg/l)/min und
- normaler Wedge-Druck < 15 mmHg

Die Merkmale müssen alle gemeinsam eindeutig festgestellt sein.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist eine pulmonale Hypertonie im Zusammenhang mit:

- einer Lungenerkrankung
- chronischer Hypoventilation
- pulmonaler Thromboembolie
- Erkrankungen des linken Herzens
- angeborenen Herzkrankheiten

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Kardiologie oder Lungen- und Bronchialheilkunde sowie den Nachweis durch Daten einer Herzkatheteruntersuchung.

Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems

13. Schlaganfall

Ein Schlaganfall (Hirninfarkt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) ist eine plötzlich auftretende Erkrankung des Gehirns, hervorgerufen durch eine akute Minderdurchblutung oder eine Hirnblutung. Beide führen zu einem Blut- und Sauerstoffmangel mit Absterben von Gehirnzellen und daraus resultierend zu neurologischen Störungen. Die Hirnzellen bleiben größtenteils irreversibel geschädigt.

Versichert ist das Absterben von Hirngewebe aufgrund von unzureichender Blutzufuhr oder Hämorrhagie innerhalb des Schädels, das zu einem der folgenden neurologischen Defizite geführt hat, das seit mindestens 3 Monaten andauert. Hierunter verstehen wir:

- halbseitige Lähmung (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sprechstörung (Dysarthrie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie
- Einschränkungen der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten)

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- eine transitorische ischämische Attacke; (TIA)
- eine schwere Migräne mit neurologischen Ausfallerscheinungen

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose der Erkrankung mit den oben angegebenen Leistungskriterien durch einen Facharzt für Neurologie, einen Facharzt für Innere Medizin oder einen Facharzt für Intensivmedizin sowie den zu den neurologischen Einschränkungen passenden Befund mittels Cranialer Computertomografie (CCT) oder Magnetresonanztomografie (MRT).

14. Parkinson Krankheit

Die Parkinson-Krankheit ist eine progressive degenerative Störung des Gehirns, bei der das zentrale Nervensystem betroffen ist. Dies ist beispielsweise durch unkontrollierbares Trippeln, Zittern in den Gliedmaßen, verlangsamte Bewegungen, starren Gesichtsausdruck und unsicheren Gang gekennzeichnet.

Versichert ist die Parkinson-Krankheit. Diese Diagnose muss durch alle folgenden Bedingungen unterstützt werden:

- Die Krankheit kann nicht durch Medikamente kontrolliert werden, und
- es gibt objektive Anzeichen einer fortschreitenden Verschlechterung, und
- die versicherte Person ist über einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens 3 Monaten unfähig, ohne Unterstützung mindestens 3 der folgenden 5 „Aktivitäten des täglichen Lebens" auszuführen.

Aktivitäten des täglichen Lebens sind definiert als:

- Waschen – die Fähigkeit, sich in der Badewanne oder Dusche zu waschen (einschließlich Einsteigen und Aussteigen aus der Badewanne oder Dusche) oder sich zufriedenstellend mit anderen Mitteln zu waschen
- Anziehen – die Fähigkeit, alle Kleidungsstücke und gegebenenfalls Stützbänder, Prothesen oder andere medizinische Vorrichtungen anzuziehen, auszuziehen, zu schließen und zu öffnen
- Mobilität – die Fähigkeit, sich von einem Bett in einen Stuhl oder Rollstuhl und umgekehrt zu begeben
- Toilettenbenutzung – die Fähigkeit, die Toilette zu benutzen oder anderweitig die Darm- und Blasenfunktion zu kontrollieren, um einen zufriedenstellenden Grad der persönlichen Hygiene aufrechtzuerhalten
- Essen – die Fähigkeit, vorbereitete oder bereitgestellte Speisen selbst zu essen

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist die Parkinson-Erkrankung, die mittelbar oder unmittelbar Folge von Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten ist, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

15. Alzheimer Krankheit

Alzheimer-Krankheit oder Demenz ist eine neurodegenerative Erkrankung, die aufgrund der Schädigung des Hirngewebes zu einem Verlust der geistigen Fähigkeiten führt. Ihre genaue Ursache ist noch ungeklärt, aber es wird angenommen, dass Umwelt- und genetische Faktoren zur Entstehung der Krankheit beitragen.

Versichert ist eine Demenz oder Alzheimer-Krankheit vor Beendigung des 67. Lebensjahres. Es muss ein dauerhafter (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) klinischer Verlust aller folgenden Fähigkeiten vorliegen:

- sich erinnern;
- logisch denken; und
- Ideen wahrnehmen, verstehen, ausdrücken und ausführen.

Um Ihren Anspruch auf eine mögliche Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie, Psychiatrie oder Geriatrie.

16. Multisystematrophie

Multisystematrophie ist eine Krankheit ungeklärter Ursache, bei der die Nervenzellen in bestimmten Bereichen des Gehirns betroffen sind. Dies führt zu Problemen mit verschiedenen Körperfunktionen wie Bewegung, Gleichgewicht und Blasenkontrolle.

Versichert ist die Multisystematrophie. Es müssen Nachweise für das signifikante Fortschreiten der Krankheit und die dauerhafte (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) klinische Beeinträchtigung folgender Bereiche vorliegen:

- motorische Funktion mit damit verbundener Steifigkeit der Bewegungen oder
- Fähigkeit zur Koordination der Muskelbewegung oder
- Blasenkontrolle und orthostatische Hypotonie

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

17. Progressive supranukleäre Blickparese

Die progressive supranukleäre Blickparese (PSP) ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns. Die Krankheit befällt den Teil des Gehirns über den Nuklei („supranukleär"); dies sind erbsengroße Strukturen in dem Teil des Nervensystems, das die Augenbewegungen steuert. Zu den Symptomen gehören Beeinträchtigung der motorischen Funktion, Störung der Augenbewegung und Haltungsinstabilität.

Versichert ist eine progressive, supranukleäre Blickparese. Es müssen eine dauerhafte (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) klinische Beeinträchtigung der motorischen Funktion, eine Störung der Augenbewegung und eine Haltungsinstabilität vorliegen.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

18. Creutzfeld-Jakob-Krankheit (CJK)

CJK ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns, von der man annimmt, dass sie auf eine Prioneninfektion zurückzuführen ist. Mit dem Fortschreiten der Krankheit vermindert sich die Muskelkoordination, der Intellekt und die Persönlichkeit werden beeinträchtigt und der Patient kann erblinden.

Versichert ist die gesicherte Diagnose der klinisch manifesten Creutzfeldt-Jakob-Krankheit durch einen Facharzt für Neurologie mittels Bildgebung.

19. Multiple Sklerose (Encephalomyelitis disseminata)

Die Multiple Sklerose (MS), ist eine chronisch-entzündliche Entmarkungserkrankung des zentralen Nervensystems, die insbesondere zu Beginn vor allem mit Seh- oder Empfindungsstörungen einhergeht.

Versichert ist Multiple Sklerose nach den Mc Donald Kriterien in der Revision von 2017. Es muss darüber hinaus eine aktuelle klinische Beeinträchtigung einer motorischen oder sensorischen Funktion vorliegen; die Beeinträchtigung muss seit einem ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten bestehen und fortdauern.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung überprüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

20. Erkrankungen und Schädigungen des zentralen Nervensystems

Versichert ist eine Schädigung oder eine Erkrankung des zentralen Nervensystems, die eine dauerhafte (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) Einschränkung in Mobilität, Motorik und Kommunikation zur Folge hat.

Um einen Anspruch gemäß dieser schweren Krankheit geltend machen zu können, darf die versicherte Person nicht älter als 67 Jahre alt sein und muss sich in Behandlung eines für die Erkrankung geeigneten Facharztes befinden.

Die versicherte Person muss dauerhaft unfähig sein, 3 der 5 unten genannten Aktivitäten ohne Hilfe einer anderen Person oder Verwendung der entsprechenden Hilfsmittel und Geräte, auszuführen:

- Mobilität: 200 Meter ohne anzuhalten innerhalb von 5 Minuten ohne Verwendung eines Hilfsmittels gehen.
- Handfertigkeit: Einen Kugelschreiber oder Bleistift verwenden, um zu unterschreiben.
- Heben: Ein Gewicht von 2,5 kg mit einer Hand hochheben und zwei Minuten lang tragen.
- Kommunikation: Ein Telefongespräch annehmen, eine fremde Person verstehen und von ihr verstanden werden und zuverlässig eine Nachricht aufnehmen.
- Knien/Bücken: Aus eigener Kraft bücken und/oder hinknien, um den Boden zu berühren, und sich danach wieder aufzurichten.

Alternativ muss die versicherte Person nach gesicherter medizinischer Erkenntnis an einer geistigen Beeinträchtigung leiden, die die folgenden Merkmale aufweist:

- sie resultiert aus der dauerhaften Invalidität durch eine organische Hirnerkrankung oder eine Hirnverletzung, die die Fähigkeit zum logischen Denken und Verstehen beeinträchtigt;
- sie hat sich so weit verschlechtert, dass die ständige Überwachung und Hilfe einer anderen Person erforderlich ist; und
- sie ist ohne eine berechtigte Aussicht auf Besserung.

21. Medikamentenresistente Epilepsie

Versichert ist die Behandlung einer medikamentenresistenten Epilepsie mittels operativen Eingriffs am Gehirn.

Nicht gedeckt und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind die folgenden Behandlungen:

- Tiefe Hirnstimulation
- Stimulation des Vagusnerves

22. Poliomyelitis (Kinderlähmung)

Die Poliomyelitis (Kinderlähmung) ist eine durch Polioviren hervorgerufene Infektionskrankheit, die bei Ungeimpften zu einem Befall der muskelsteuernden Nervenzellen des Rückenmarks führt. Die Erkrankung kann im Anschluss an die Infektion oder auch Jahre später im Rahmen des sog. Post-Polio-Syndroms zu bleibenden Schäden meist in Form von Durchblutungs- und Hauternährungsstörungen, Lähmungen, Gelenkschäden und Deformitäten durch die veränderte Statik führen.

Anspruchsvoraussetzung ist dabei, dass die Infektion nachweislich während der Versicherungsdauer erfolgt ist.

Versichert ist Poliomyelitis, sofern folgende Leistungskriterien aufgrund der eindeutig diagnostizierten Poliomyelitis über mindestens 3 Monate ununterbrochen vorgelegen haben, nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sind und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen:

- Lähmungen oder
- maschinell unterstützungsbedürftige Ateminsuffizienz oder
- erhebliche Behinderung z. B. in Form von Rollstuhlpflichtigkeit, Notwendigkeit technischer Hilfsmittel oder regelmäßiger Unterstützung durch andere Personen

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung überprüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose der Erkrankung sowie Nachweis der oben genannten Kriterien durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Infektiologie.

23. Bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung)

Eine bakterielle Meningitis ist eine Entzündung der Hirnhäute oder des Rückenmarks, verursacht durch eine bakterielle Infektion.

Versichert ist eine bakterielle Meningitis, die zu bleibenden neurologischen Schäden geführt hat, welche seit mindestens 3 Monaten andauern. Hierunter verstehen wir:

- Lähmungen
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Schluckstörung
- neu aufgetretene Sehstörungen
- Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel
- Tremor
- Krampfanfälle
- Demenz
- Delirium
- Koma

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle anderen Formen der Meningitis, einschließlich der viralen (durch Viren ausgelösten) Meningitis.

Um Ihren Anspruch auf eine mögliche Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

24. Myasthenia gravis

Die Myasthenie ist eine Autoimmunerkrankung (Fehlsteuerung des Immunsystems, bei der körpereigene Strukturen angegriffen werden), bei der die Übertragung von Nervenimpulsen auf den zugehörigen Muskel gestört ist. Dies führt zu einer Muskelschwäche. Ursächlich ist meist eine Störung der Thymusdrüse, z.B. ein Tumor.

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer Myasthenia gravis. Zusätzlich muss für mindestens 6 Monate durchgehend eine Muskelschwäche bestanden haben oder die Thymusdrüse operativ entfernt worden sein.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist die okuläre Myasthenie.

Um Ihren Anspruch auf eine mögliche Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

25. Enzephalitis (Gehirnentzündung)

Eine Enzephalitis ist die Entzündung des Gehirns. Es gibt zahlreiche Ursachen, darunter Infektionen (vor allem virale) und postinfektiöse Autoimmunprozesse; die Ursache vieler Fälle von Enzephalitis bleiben jedoch ungeklärt.
Enzephalitis kann eine lebensbedrohliche Erkrankung sein und kann bei den Betroffenen zu bleibenden neurologischen Störungen führen.

Versichert ist Enzephalitis, die zu bleibenden neurologischen Schäden geführt hat, welche seit mindestens 3 Monaten andauern. Hierunter verstehen wir

- Lähmungen
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Schluckstörung
- neu aufgetretene Sehstörungen
- Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel
- Tremor
- Krampfanfälle
- Demenz
- Delirium
- Koma

Vom Versicherungsschutz ausdrücklich ausgeschlossen sind die Fälle, in denen die Enzephalitis in Verbindung mit einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftritt (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

Entzündliche Erkrankungen

26. Chronische rheumatoide Arthritis

Die chronische rheumatoide Arthritis (auch chronische Polyarthritis = CP) ist eine chronisch-entzündliche Systemerkrankung mit symmetrischem Befall der Gelenke, typischerweise der Fingergelenke. Typisch sind Schmerzen mit besonders morgens ausgeprägter Bewegungseinschränkung (Morgensteifigkeit). Es kommt zum Funktionsverlust und zur Fehlstellung der Gelenke, im Spätstadium zur Gelenkzerstörung.

Die juvenile idiopathische Polyarthritis (juvenile rheumatoide Polyarthritis, Morbus Still) des Kindes ist gekennzeichnet durch Gelenkentzündungen mit Schmerzen, die zu Deformitäten führen können. Ein Befall innerer Organe mit Organkomplikationen ist möglich.

Versichert ist eine chronische rheumatoide Arthritis oder juvenile Form der Polyarthritis, wenn uns der Pflegegrad 4 nachgewiesen wird oder drei oder mehr Aktivitäten des täglichen Lebens dauerhaft (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) ohne Hilfe einer anderen Person nicht mehr ausgeführt werden können.

Aktivitäten des täglichen Lebens für diesen Zweck sind folgende:

- Waschen: Die Fähigkeit, ein Bad oder eine Dusche zu nehmen oder auf andere Weise eine angemessene Körperhygiene aufrechtzuerhalten, mit oder ohne Hilfe von Sondereinrichtungen.
- Anziehen: Die Fähigkeit, sich an- und auszuziehen, einschließlich Anlegen und Ablegen gewöhnlich getragener, medizinisch notwendiger orthopädischer Erzeugnisse, und alle erforderlichen Kleidungsstücke zu schließen und zu öffnen.
- Nahrungsaufnahme: Die Fähigkeit, selbstständig zu essen und zu trinken, nachdem das Essen oder das Getränk zubereitet und bereitgestellt wurde.
- Toilettenbenutzung: Die Fähigkeit, die Toilette zu benutzen oder auf andere Weise die Darm- und Blasenfunktion zu kontrollieren, so dass ein zufriedenstellendes Niveau der persönlichen Hygiene aufrechterhalten werden kann.
- Bett-/Stuhltransfer: Die Fähigkeit, sich mit oder ohne Hilfsmittel in oder aus einem Stuhl oder Bett zu bewegen.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose der Erkrankung mit den oben genannten Leistungskriterien durch einen Facharzt für Innere Medizin oder Rheumatologie. Die Erkrankung muss nachgewiesen sein durch die typischen Laborveränderungen (Rheumafaktoren, ggf. antinukleäre Antikörper oder zirkulierende Immunkomplexe) und Arthrosonographie, Röntgen, MRT oder Szintigraphie. Darüber hinaus muss eine durch einen Rheumatologen verordnete und indizierte aktuelle oder frühere Basis-Therapie (disease modifying biologicals) nachgewiesen werden.

27. Systemischer Lupus Erythematodes (SLE)

Der systemische Lupus erythematodes (SLE) ist eine Autoimmunerkrankung unbekannter Ursache mit Beteiligung der Haut und zahlreicher innerer Organe. Es kommt zu Entzündungen der kleinen Gefäße (Vaskulitis) und zu Ablagerungen von Immunkomplexen. Typisch sind Hautveränderungen und variable Beteiligung innerer Organe: Herz, Nieren, Zentralnervensystem. Der Schweregrad reicht von sehr leichten Formen bis zu schweren, lebensbedrohlichen Zuständen.

Versichert ist ein systemischer Lupus erythematodes (SLE) mit bedrohlichem Befall lebenswichtiger innerer Organe:

- Nierenbefall (Lupusnephritis Stadium III – V nach WHO), dokumentiert durch Nierenbiopsie, mit eingeschränkter Nierenfunktion (GFR < 59) oder
- Zentralnervensystem-Lupus (epileptischer Anfall; nachweisbare, neu aufgetretene Veränderungen im Hirn MRI)

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- frühe Krankheitsphasen ohne Notwendigkeit einer immunsuppressiven Therapie, die über Chloroquin plus Prednison 30 mg über mehr als 2 Monate überschreitet
- Hautlupus (ohne systemischen Befall)
- reversible Formen des SLE ohne zurückbleibende Organschäden
- primäres Antiphospholipidsyndrom mit negativer Lupusserologie
- Krampfanfälle, Kopfschmerzen, Müdigkeit, Lethargie oder Symptome psychologischen oder psychiatrischen Ursprungs

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Rheumatologie, Innere Medizin oder Nephrologie sowie den Nachweis antinukleärer Antikörper, Komplementverbrauch und ggf. histologische Bestätigung der Diagnose. Zudem muss die medizinische Notwendigkeit einer verstärkten Immunsuppression mit Cyclophosphamid oder Mycophenolat nachgewiesen werden.

Erkrankungen, die durch den Verlust wichtiger Körperteile oder -funktionen gekennzeichnet sind

28. Blindheit

Versichert ist der irreversible (nicht rückgängig zu machende) Verlust der Sehkraft auf beiden Augen. Das Ausmaß des Sehkraftverlustes muss derart sein, dass bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 0,10 oder weniger auf der Snellen-Sehprobentafel beträgt. Alternativ belegt ein Facharzt für Augenheilkunde, dass das Sehfeld auf beiden Augen auf maximal 20° beschränkt ist.

Dies bedeutet, dass die versicherte Person bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen wie Brille oder Kontaktlinsen einen Gegenstand in bis zu 10 Metern Entfernung sehen kann, den eine Person mit voller Sehkraft sehen könnte, wenn er sich in einem Abstand von 100 Metern befände.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Sehkraft infolge psychischer Gesundheitsstörungen.

29. Schwerhörigkeit

Versichert ist der voraussichtlich dauerhafte (das bedeutet mindestens 3 Jahre) Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren auf eine Hörschwelle von >=80 dB im Frequenzbereich zwischen 500 Hz und 3kHz, auch unter Behandlung mit z. B. Hörgeräten. Zusätzlich muss als Nachweis ein (Rein)Tonaudiogramm eines HNO-Arztes diesen Befund belegen.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Hörfähigkeit infolge psychischer Gesundheitsstörungen.

30. Verlust der Sprache

Versichert ist der völlige und irreversible (nicht rückgängig zu machende) Verlust der Fähigkeit zu sprechen, nachdem der Spracherwerb phonetisch-phonologisch, morphologisch-syntaktisch sowie semantisch-lexikalisch zuvor bereits abgeschlossen war. Der Verlust muss infolge einer körperlichen Verletzung oder einer Krankheit eingetreten sein.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist der Verlust der Sprache infolge psychischer Gesundheitsstörungen (z. B. Mutismus).

31. Verlust von Händen oder Füßen

Versichert ist die irreversible Abtrennung von zwei Gliedmaßen (Fuß oder Hand) oberhalb des Hand- bzw. Fußgelenkes.

Ebenso versichert ist die irreversible Abtrennung von mindestens einer ganzen Extremität (Arm oder Bein) unmittelbar am Körperrumpf.

32. Lähmung von Armen oder Beinen

Versichert ist der vollständige und irreversible (nicht rückgängig zu machende) Verlust der Muskelfunktion in mindestens zwei ganzen Extremitäten (Arme und/oder Beine).

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fähigkeit, zwei oder mehr ganze Extremitäten (Arme und/oder Beine) zu bewegen oder zu benutzen, vollständig und irreversibel verloren hat.

33. Verlust der selbstständigen Lebensführung

Versichert ist der dauerhafte (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) Verlust der Fähigkeit, drei oder mehr Aktivitäten des täglichen Lebens ohne Hilfe einer anderen Person auszuführen.

Aktivitäten des täglichen Lebens für diesen Zweck sind folgende:

- Waschen: Die Fähigkeit, ein Bad oder eine Dusche zu nehmen oder auf andere Weise eine angemessene Körperhygiene aufrechtzuerhalten, mit oder ohne Hilfe von Sondereinrichtungen.
- Anziehen: Die Fähigkeit, sich an- und auszuziehen, einschließlich Anlegen und Ablegen gewöhnlich getragener, medizinisch notwendiger orthopädischer Erzeugnisse, und alle erforderlichen Kleidungsstücke zu schließen und zu öffnen.
- Nahrungsaufnahme: Die Fähigkeit, selbstständig zu essen und zu trinken, nachdem das Essen oder das Getränk zubereitet und bereitgestellt wurde.
- Toilettenbenutzung: Die Fähigkeit, die Toilette zu benutzen oder auf andere Weise die Darm- und Blasenfunktion zu kontrollieren, so dass ein zufriedenstellendes Niveau der persönlichen Hygiene aufrechterhalten werden kann.
- Bett-/Stuhltransfer: Die Fähigkeit, sich mit oder ohne Hilfsmittel in oder aus einem Stuhl oder Bett zu bewegen.

Bei einem mitversicherten Kind erbringen wir keine Versicherungsleistungen bei Verlust der selbstständigen Lebensführung (vgl. § 6 Absatz 11).

Sonstige schwere Erkrankungen, Operationen oder medizinisch notwendige Maßnahmen, die einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung begründen können

34. Aplastische Anämie

Die aplastische Anämie ist eine Erkrankung des Knochenmarks und damit des Organs, das die Blutzellen des Körpers produziert. Die Symptome der aplastischen Anämie sind Müdigkeit, Hämatome, Infektionen und Schwäche. Bei Patienten mit aplastischer Anämie versagt das Knochenmark und produziert keine oder zu wenige rote Blutkörperchen, weiße Blutkörperchen und Blutplättchen. Ohne eine ausreichende Menge roter Blutkörperchen kann der Sauerstoff nicht in die Organe und das Gewebe im ganzen Körper gelangen. Ein Rückgang der Anzahl der weißen Blutkörperchen vermindert die Fähigkeit des Körpers, Infektionen zu bekämpfen. Eine Verringerung der Blutplättchen reduziert die Fähigkeit des Körpers zur Blutgerinnung.

Versichert ist eine aplastische Anämie mit vollständigem Knochenmarkversagen, das zu Anämie, Leukopenie und Thrombozytopenie führt und mindestens eine der folgenden Behandlungen erforderlich macht:

- Bluttransfusion
- Knochenmarktransplantation
- Immunsuppressiva
- Mittel zur Stimulation des Knochenmarks

Alle anderen Formen der Anämie sind ausdrücklich ausgeschlossen.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Hämatologie.

35. Asbestose

Eine Asbestose ist eine Erkrankung der Lunge, die durch Einatmen von Asbeststaub oder ähnlichen Stoffen entsteht. Bei der Asbestose kommt es zu einer verstärkten Bildung von Bindegewebe zwischen den Lungenbläschen (Alveolen) und den sie umgebenden Blutgefäßen. Dies führt zu erheblichen Einschränkungen der Lungenfunktion.

Versichert ist eine Asbestose, die alle der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt:

- FEV1 weniger als 40 % des Normalwertes
- Vitalkapazität weniger als 50 % des Normalwertes
- Erfordernis einer dauerhaften (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) ununterbrochenen täglichen Sauerstofftherapie
- Nachweis, dass die Sauerstofftherapie seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen durchgeführt wird

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Pneumologie.

36. HIV-Infektion

Das Humane Immundefizienz-Virus (HIV) ist ein Virus, das das erworbene Immundefektsyndrom (AIDS) verursacht. AIDS ist eine Erkrankung, bei der das Immunsystem zu versagen beginnt, so dass es zu lebensgefährlichen Folgeinfektionen kommen kann.

Versichert ist eine Infektion mit dem Humanen Immundefizienz-Virus nach Versicherungsbeginn, sofern die nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen:

- Die HIV-Infektion ist Folge einer Bluttransfusion, die als Teil einer medizinischen Behandlung verabreicht wurde oder
- die HIV-Infektion ist Folge eines körperlichen Übergriffs oder
- die HIV-Infektion ist Folge eines Vorfalls bei der Ausübung der regulären Erwerbstätigkeit einer der folgenden Berufe
  - Altenpfleger
  - Arzthelferinnen und -helfer
  - Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen
  - Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
  - Gefängnispersonal
  - Hebammen/Geburtshelfer
  - Heilpraktiker/in
  - Krankenhaushilfspersonal
  - Krankenschwestern und –pfleger
  - Küchenpersonal im Krankenhaus
  - Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
  - Personal bei Beerdigungsinstituten
  - Personal in medizinischen Labors
  - Pharmazeuten
  - Polizisten/Polizistinnen und Angehörige der Bundespolizei
  - Reinigungspersonal im Krankenhaus
  - Sanitäter/-innen
  - Wäschereipersonal im Krankenhaus
  - Zahnarzthelferinnen und –helfer
  - Zahntechniker

Darüber hinaus müssen bestimmte festgelegte Verfahren, Fristen und Gebietsgrenzen eingehalten sein. Konkret müssen folgende Bedingungen erfüllt sein:

- Wenn die Ansteckung auf einen körperlichen Übergriff zurückzuführen ist, muss dieser der Polizei gemeldet und dokumentiert worden sein.
- Wenn die Ansteckung am Arbeitsplatz erfolgte, muss der Vorfall in Übereinstimmung mit den Verfahren des Arbeitgebers gemeldet und dokumentiert worden sein.
- Nach dem körperlichen Übergriff oder dem Vorfall während der regulären Erwerbstätigkeit muss durch einen negativen HIV-Antikörper-Test, belegt sein, dass keine Vorinfektion vorliegt.
- Es muss einen weiteren HIV-Test innerhalb von 12 Monaten geben, der das Vorliegen von HIV oder von Antikörpern gegen das Virus bestätigt.
- Der Vorfall muss innerhalb bestimmter Gebietsgrenzen stattgefunden haben, die in § 9 Absatz 3 AVB definiert sind.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind HIV-Infektionen, die durch andere Übertragungswege, einschließlich einvernehmlicher sexueller Aktivität oder als Folge von Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten ausgelöst sind, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind. Wir erbringen keine Leistung für ein mitversichertes Kind im Fall einer Intensivbehandlung (vgl. Anhang A, Ziffer 37), wenn das Kind jünger als 90 Tage alt ist.

Um Ihren Anspruch auf eine mögliche Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Vorlage der durchgeführten HIV-Testverfahren (z. B. ELISA-Suchtest und Western-Blot-Bestätigungstest).

37. Intensivbehandlung

Bei einer künstlichen Beatmung mittels endotrachealer Intubation wird ein Schlauch in die Luftröhre eingeführt und ein Gerät pumpt Luft in die Lungen und aus den Lungen, um den Patienten am Leben zu halten.

Versichert ist jede Krankheit oder Verletzung, die dazu führt, dass die versicherte Person eine kontinuierliche künstliche Beatmung mittels endotrachealer Intubation über zehn aufeinander folgende Tage (24 Stunden pro Tag) oder mehr in einem Krankenhaus erhält.

Der Vorfall muss innerhalb bestimmter Gebietsgrenzen stattgefunden haben, die in § 9 Absatz 4 AVB definiert sind.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Kinder, die weniger als 90 Tage alt sind (vgl. § 9 Absatz 19 AVB). Zudem ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist jede Intensivbehandlung, die auf eine Erkrankung oder Verletzung infolge

von Drogen- oder Alkoholeinnahme oder andere vorsätzlich selbst beigebrachte Ursachen zurückzuführen ist (vgl. § 9 Absatz 5 und 6 AVB) sowie andere Beatmungsformen wie nicht invasive Beatmung oder Sauerstoffgabe.

38. Koma

Eine Person im Koma befindet sich in einem Zustand der Bewusstlosigkeit, aus dem sie nicht geweckt werden kann. Sie reagiert nicht auf körperliche Reize und hat keine Kontrolle über ihre Körperfunktionen. Dies kann häufig als Folge einer Kopfverletzung oder eines Tumors im Gehirn auftreten. Es ist wichtig zu verstehen, dass es verschiedene Komatiefen gibt, abhängig davon, wie der Patient/die Patientin auf wiederholte äußere Reize reagiert. Das Koma kann zu einer bleibenden neurologischen Schädigung (Gehirnschädigung mit der Folge der bleibenden funktionellen Beeinträchtigung) führen oder der Patient kann vollständig genesen.

Versichert ist ein Zustand der Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize, der den Einsatz lebenserhaltender Systeme durchgehend für einen Zeitraum von mehr als 96 Stunden erforderlich macht.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist das Koma, das mittelbar oder unmittelbar Folge von Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten ist, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind.

Ebenso nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist das künstliche Koma.

39. Leberversagen

Eine Leberschädigung kann als Folge einer Erkrankung oder eines Traumas auftreten. In schweren Fällen kann es zu Leberversagen kommen. Dies bedeutet, dass die Leber nicht mehr richtig funktioniert. Dies führt zu einem Schrumpfen der Leber, einer Gelbfärbung der Haut (Gelbsucht) und zu entsprechend auffälligen Leberfunktionstests.

Versichert ist eine chronische Lebererkrankung, die ein irreversibles Leberversagen im Endstadium aufgrund von Zirrhose ist und zu allen folgenden Zuständen führt:

- anhaltende Gelbsucht
- Aszites (Flüssigkeitsansammlung in der Bauchhöhle)
- Enzephalopathie (krankhafte Veränderung des Gehirns)

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist das Leberversagen, das mittelbar oder unmittelbar Folge von Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten ist, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind.

40. Chronische Lungenerkrankungen

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer chronischen Lungenerkrankung, die alle der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt:

- FEV1 weniger als 40 % des Normalwertes
- Vitalkapazität weniger als 50 % des Normalwertes
- Erfordernis einer ununterbrochenen täglichen Sauerstofftherapie
- Nachweis, dass die Sauerstofftherapie seit mindestens drei Monaten ununterbrochen durchgeführt wird

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Pneumologie.

41. Interstitielle Lungenerkrankungen

Die interstitiellen Lungenerkrankungen sind eine Gruppe von Erkrankungen, die das Zwischengewebe der Lunge (Interstitium) und die Lungenbläschen betreffen. Im Erkrankungsfall kann es zu einer Vernarbung des Lungengewebes kommen, sodass die Sauerstoffversorgung im Blut zunehmend eingeschränkt wird.

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer interstitiellen Lungenerkrankung, die alle der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt:

- Nachweis einer Lungenfibrose über bildgebende Untersuchungen und
- Nachweis einer dauerhaften irreversiblen DLCO (Diffusionskapazität der Lunge für Kohlenmonoxid) unter 40%

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Pneumonologie.

42. Motoneuron-Erkrankungen

Die Motoneuron-Erkrankungen sind eine Gruppe von Erkrankungen, die diejenigen Nervenzellen betreffen, die für die Muskelbewegungen (Willkürmotorik) verantwortlich sind. Im Erkrankungsfall kommt es zu einer fortschreitenden und irreversiblen Schädigung oder Degeneration dieser Nervenzellen (Neuronen), die unter anderem zu Schwäche und Muskelschwund führt.

Versichert ist die Diagnose einer Motoneuron-Krankheit. Hierzu gehören

- die Amyotrophe Lateralsklerose (ALS),
- die primäre Lateralsklerose,
- die progressive Bulbärparalyse und
- die progressive spinale Muskelatrophie.

Es muss eine dauerhafte (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) klinische Beeinträchtigung der motorischen Funktion vorliegen.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung überprüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

43. Nierenversagen

Die Nieren sind Filter, um harnpflichtige und giftige Substanzen aus dem Blut zu entfernen und auszuscheiden. Zusätzlich erfüllen die Nieren eine Vielzahl weiterer Aufgaben im Körper. So sind sie unter anderem mit Blutdruckregulation, der Regulation des Wasserhaushaltes und der Bildung von Hormonen befasst.

Wenn die Nieren nicht richtig arbeiten, kann dies zu lebensbedrohlichen Problemen führen. Der Körper kann mit nur einer Niere funktionieren, da die verbleibende Niere die Arbeit der geschädigten Niere übernehmen kann. Wenn jedoch ein Zustand eintritt, in dem beide Nieren oder die verbleibende Niere irreversibel versagen, muss die Nierenfunktion ersetzt und regelmäßig mit Hilfe eines speziellen Verfahrens (Dialyse) durchgeführt werden. Hier sprechen wir von dialysepflichtigem Nierenversagen.

Versichert ist ein chronisches und terminales (nicht mehr abzuwendende) Funktionsversagen beider Nieren, infolgedessen eine regelmäßige Dialyse über mindestens 6 Monate erforderlich ist. Sofern nur noch eine Niere vorhanden ist, leisten wir unter denselben Voraussetzungen bezogen auf diese eine Niere.

44. Kurzdarmsyndrom

Versichert ist die gesicherte Diagnose eines Kurzdarmsyndroms als Folge der Entfernung eines Großteils des Dünndarmes, welches eine dauerhafte parenterale Ernährung (künstliche Ernährung durch Infusion) erforderlich macht.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Gastroenterologie.

45. Polytrauma

Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet. Als Polytrauma bezeichnet man mehrere gleichzeitig geschehene Verletzungen verschiedener Körperregionen, wobei mindestens eine Verletzung oder die Kombination mehrerer Verletzungen lebensbedrohlich ist.

Versichert ist der Zustand nach einem schweren Unfall, der durch eine der folgenden Beeinträchtigungen gekennzeichnet ist:

- Schwere Kopfverletzung, die zu einem Absterben von Hirngewebe führt und die zu bleibenden neurologischen Schäden geführt hat, welche seit mindestens 3 Monaten andauern. Hierunter verstehen wir Lähmungen, Sprachstörungen (Aphasie), Schluckstörung, neu aufgetretene Sehstörungen, Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel, Tremor, Krampfanfälle, Demenz, Delirium und Koma, oder
- Verletzungen, die den Einsatz lebenserhaltender Systeme durchgehend für einen Zeitraum von mehr als 96 Stunden erforderlich gemacht und die zu bleibenden neurologischen Schäden geführt hat, welche seit mindestens 3 Monaten andauern. Hierunter verstehen wir Lähmungen, Sprachstörungen (Aphasie), Schluckstörung, neu aufgetretene Sehstörungen, Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel, Tremor, Krampfanfälle, Demenz, Delirium und Koma, oder
- der vollständige und irreversible (nicht rückgängig zu machende) Verlust der Muskelfunktion in einer ganzen Extremität (Arm oder Bein) als unmittelbare Folge eines Unfalls. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fähigkeit, eine ganze Extremität (Arm oder Bein) zu bewegen oder zu benutzen, vollständig und irreversibel verloren hat.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung überprüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Neurologen oder eines Chirurgen.

46. Pneumektomie (Entfernung eines ganzen Lungenflügels)

Versichert ist eine Operation zur Entfernung eines ganzen Lungenflügels aufgrund einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung, die die versicherte Person erlitten hat.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungs-

schutz ausgeschlossen sind die Entfernung lediglich eines Lungenlappens (Lobektomie), Segmentresektionen und Keilresektionen.

Die Entfernung eines Lungenlappens (Lobektomie) ist ein möglicher Leistungsauslöser für einen Teilleistungsanspruch (vgl. Anhang B, Ziffer 18).

47. Transplantation

Eine große Organtransplantation ist erforderlich, wenn ein schwer erkranktes oder geschädigtes Organ durch ein gesundes Organ ersetzt werden muss, um ein Überleben der versicherten Person zu ermöglichen. Dies betrifft auch das Knochenmark und seine überlebenswichtige Funktion bei der Blutbildung.

Versichert ist eine Transplantation von körperfremdem Knochenmark oder die teilweise oder vollständige Transplantation der nachstehenden Organe:

- Herz
- Niere
- Leber
- Lunge
- Bauchspeicheldrüse

Wir leisten auch dann, wenn die Transplantation noch nicht erfolgt ist, aber die versicherte Person als Empfänger eines der oben genannten Organe auf einer offiziellen Warteliste für Transplantationen gesetzt wurde und dies den Richtlinien für die Wartelisteführung der Deutschen Bundesärztekammer entspricht.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Transplantationen anderer Organe, Geweben oder Zellen und die Lebendspende von Organen und deren Anteile.

Ebenfalls vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Organspenden, zu denen sich die versicherte Person zugunsten eines Anderen bereiterklärt.

48. Traumatische Kopfverletzung

Versichert ist ein Zustand, bei dem es aufgrund einer traumatischen Verletzung des Schädels zum Absterben von Hirngewebe gekommen ist, und die zu bleibenden neurologischen Schäden geführt hat, welche seit mindestens 3 Monaten andauern. Hierunter verstehen wir

- Lähmungen
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Schluckstörung
- neu aufgetretene Sehstörungen
- Unfähigkeit der Fortbewegung ohne Hilfsmittel
- Tremor
- Krampfanfälle
- Demenz
- Delirium
- Koma

49. Schwere Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung

Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen werden durch Bezugnahme auf das Ausmaß des Schadens, der der Haut zugefügt wurde, definiert. Dabei wird sowohl hinsichtlich der Intensität (Eindringtiefe; z. B. Gradeinteilung bei Verbrennungen) sowie der Ausdehnung auf der Körperoberfläche unterschieden.

Versichert sind schwere Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen (Intensität entsprechend Grad III von:

- mindestens 20 % der Körperoberfläche oder
- mindestens 50 % der Oberfläche des Gesichtes. Die Oberfläche des Gesichtes im Sinne dieser Definition schließt die Stirn und die Ohren ein.

Vor Beendigung des 13. Lebensjahres sind versichert: Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen von:

- mindestens 20% der Körperoberfläche (Intensität entsprechend Grad II) oder
- mindestens 10 % der Körperoberfläche (Intensität entsprechend Grad III) oder
- mindestens 50% der Oberfläche des Gesichts (Intensität entsprechend Grad III). Die Oberfläche des Gesichtes im Sinne dieser Definition schließt die Stirn und die Ohren ein.

Schwere Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen mit einem niedrigeren Grad als hier beschrieben, können gegebenenfalls einen Teilleistungsanspruch begründen. Die konkreten Anspruchsvoraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie im Anhang B, Ziffer 21, beschrieben.

50. Schwere Sepsis

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer Sepsis („Blutvergiftung") mit Organversagen oder septischem Schock. Die Sepsis muss zu einer stationären Behandlung auf einer Intensivstation für 5 aufeinanderfolgende Tage ab Diagnose geführt haben.

51. Chronische Pankreatitis (Bauchspeicheldrüsenentzündung)

Eine chronische Pankreatitis ist eine anhaltende entzündliche Erkrankung der Bauchspeicheldrüse (Pankreas). Sie zeichnet sich durch fortschreitende Zerstörung der Bauchspeicheldrüse durch rezidivierende Entzündungen mit Verlust der Funktionen (Verdauung von Fett und Eiweiß, Blutzuckerregulation) aus.

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer chronischen Pankreatitis.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind chronische Bauchspeicheldrüsenentzündungen, die nachweislich durch chronischen Alkoholmissbrauch entstanden sind. Ebenso nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Formen einer akuten Pankreatitis.

Bestand bereits vor Versicherungsbeginn eine akute Pankreatitis und ist diese nach Versicherungsbeginn in eine chronische Pankreatitis übergegangen, ist auch diese chronische Pankreatitis ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

Um Ihren Anspruch prüfen zu können, benötigen wir die den Befund belegenden Laborbefunde sowie Bestätigung der klinischen Symptome durch einen Facharzt für Endokrinologie, Gastroenterologie oder Innere Medizin

52. Primär sklerosierende Cholangitis

Die primär sklerosierende Cholangitis (PSC) ist eine schwere, chronisch fortschreitende Entzündung der Gallenwege innerhalb und außerhalb der Leber. Die Erkrankung ist ursächlich nicht heilbar. Es können Beschwerden wie Juckreiz, Müdigkeit, Gelbsucht und Oberbauchbeschwerden auftreten.

Versichert ist die Diagnose einer primär sklerosierenden Cholangitis (PSC).

Nicht von der Definition umfasst und daher vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist eine sklerosierende Gallenwegserkrankung, welche in Folge einer alkohol-bedingten Lebererkrankung entstanden ist.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Innere Medizin/Gastroenterologie.

53. Muskeldystrophie

Versichert ist eine Muskeldystrophie, die durch einen Facharzt der Neurologie gesichert diagostiziert wurde und bei der alle folgenden Kriterien nachgewiesen werden:

- Klinisches Erscheinungsbild, keine sensorischen Störungen, normaler Liquorbefund und leichte Einschränkung der Sehnenreflexe
- Charakteristisches Elektromyogramm
- Bestätigung des klinischen Verdachts durch eine Muskelbiopsie oder durch geeignete aktuelle Diagnoseverfahren gemäß den zum Zeitpunkt der Diagnosestellung geltenden Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie.

Ab Geburt versicherte Erkrankungen

54. Muskeldystrophie

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer Muskeldystrophie durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde.

55. Spina Bifida

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer Spina Bifida aperta („offener Rücken") in der Ausprägung Myelomeningozele, Myeloschisis und Lipomeningomyelozele. Die jeweilige Diagnose muss durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde gestellt worden sein. Ausgeschlossen sind die Spina bifida occulta und die Spina bifida aperta in der Ausprägung Meningozele.

Es besteht für Spina Bifida eine Wartezeit von neun Monaten. Dies bedeutet, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben, wenn die Diagnose Spina Bifida innerhalb von neun Monaten nach Versicherungsbeginn gestellt wird.

56. Infantile Zerebralparese

Versichert ist die gesicherte Diagnose der infantilen Zerebralparese (angeborene Kinderlähmung), die zu einer der charakteristischen Einschränkungen einer Zerebralparese (Ataxie, Athetose, Dyspraxie, Steifheit, Spastik) geführt hat.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung überprüfen zu können, benötigen wir

die Diagnose eines Facharztes für Kinder- und Jugendheilkunde.

57. Hydrozephalus

Versichert ist die gesicherte Diagnose eines Hydrozephalus („Wasserkopf"), welcher mittels Einsetzen eines Shunts behandelt wurde. Die Diagnose muss von einem Facharzt für Kinder- und Jugendheilkunde gestellt worden sein.

Es besteht für Hydrozephalus eine Wartezeit von neun Monaten. Dies bedeutet, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben, wenn die Diagnose Hydrozephalus innerhalb von neun Monaten nach Versicherungsbeginn gestellt wird.

58. Verätzungen der Speiseröhre

Versichert sind schwere Verätzungen der Speiseröhre ab Stadium 2B (Ulzerationen und Nekrosen, die die gesamte Zirkumferenz erfassen) vor Beendigung des 10. Lebensjahres. Das Ausmaß der schweren Verätzung muss mittels endoskopischer Untersuchung nachgewiesen werden.

Anhang B

– Definitionen schwerer Erkrankungen, Operationen und sonstiger medizinisch notwendiger Maßnahmen, die einen Anspruch auf eine Teilleistung auslösen können

Tumorerkrankungen (gutartige und bösartige Neubildungen)

Beschreibung

Eine ausführliche Beschreibung der Tumorerkrankungen finden Sie in Anhang A. Dort sind diejenigen Tumorerkrankungen aufgelistet, die Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung auslösen können. Hierzu muss im Einzelfall ein bestimmter Schweregrad der Tumorerkrankung nachgewiesen werden.

In diesem Anhang B sind jene Tumorerkrankungen aufgelistet, die ein niedrigeres Stadium aufweisen und den Anspruch auf die versicherte Teilleistung begründen können.

Wartezeit

Für Ihren Versicherungsschutz bei Diagnose einer Tumorerkrankung besteht eine Wartezeit von sechs Monaten. Dies bedeutet, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben, wenn die Diagnose der Tumorerkrankung innerhalb von sechs Monaten nach Versicherungsbeginn gestellt wird.

Dies gilt auch dann, wenn innerhalb der sechs Monate eine Tumorerkrankung diagnostiziert wird, die für sich genommen noch keinen Anspruch auf die Teilleistung auslösen würde. Verschlimmert sich also die Erkrankung im Laufe der Zeit und tritt nach Ablauf der sechs Monate in ein Stadium, das Anspruch auf die Teilleistung auslösen würde, haben Sie gleichwohl keinen Versicherungsschutz.

Tumore ohne Versicherungsschutz

Grundsätzlich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Tumorerkrankungen – auch die hier in Anhang B beschriebenen –, die bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).

1. Carcinoma in situ des Ösophagus (Speiseröhre), behandelt mit Operation

Versichert mit Teilleistung ist ein Carcinoma in situ des Ösophagus, das operativ durch Entfernung eines Teils oder des gesamten Ösophagus behandelt wurde.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Behandlungen, die ohne (Teil-) Entfernung der Speiseröhre behandelt werden (z.B. endoskopisch).

Ausgeschlossen sind alle Tumorerkrankungen, die bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).

Nicht versichert ist zudem jede Form von Krebs, die auf Basis von zirkulierenden Tumorzellen und/oder tumorassoziierten Molekülen im Blut, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten ohne histopathologischen Nachweis diagnostiziert wurde.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, benötigen wir den eindeutigen Nachweis über das Vorliegen des Carcinoma in situ mittels des erhobenen histologischen Befundes sowie die Durchführung der operativen Maßnahme.

2. Duktales Carcinoma in situ der Brust

Ein duktales Carcinoma in situ der Brust ist eine krankhafte Wucherung bösartiger Zellen in den Milchgängen der Brust.

Versichert mit Teilleistung ist ein duktales Carcinoma in situ der Brust, das operativ durch

- Mastektomie,
- Teilmastektomie,
- Segmentektomie oder
- Lumpektomie

entfernt wurde.

Ausgeschlossen sind alle Tumorerkrankungen, die bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).

Nicht versichert ist zudem jede Form von Krebs, die auf Basis von zirkulierenden Tumorzellen und/oder tumorassoziierten Molekülen im Blut, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten ohne histopathologischen Nachweis diagnostiziert wurde.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, benötigen wir den eindeutigen Nachweis über das Vorliegen des Carcinoma in situ mittels des erhobenen histologischen Befundes sowie die Durchführung einer der vorstehend aufgelisteten operativen Maßnahmen.

3. Niedrig-malignes Prostatakarzinom

Versichert mit Teilleistung ist ein Prostatakarzinom im Stadium T1NxMx nach UICC Edition 8. oder größer, welches durch

- externer Strahlentherapie oder
- interstitieller Strahlentherapie mit Implantation von Strahlungsquellen

behandelt wurde.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind diejenigen Prostatakarzinome, die durch eine der nachfolgenden Behandlungen therapiert wurden:

- Behandlung mit Cryotherapie
- transurethrale Resektion der Prostata
- experimentelle Behandlungen
- Hormontherapie

Dies gilt insbesondere auch dann, wenn sie die übrigen Voraussetzungen hinsichtlich der Stadieneinteilung erfüllen.

Ausgeschlossen sind alle Tumorerkrankungen, die bei einer versicherten Person mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).

Nicht versichert ist zudem jede Form von Krebs, die auf Basis von zirkulierenden Tumorzellen und/oder tumorassoziierten Molekülen im Blut, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten ohne histopathologischen Nachweis diagnostiziert wurde.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, benötigen wir den eindeutigen Nachweis über das Vorliegen des Prostatakarzinoms mittels des erhobenen histologischen oder zytologischen Befundes sowie die Durchführung einer der aufgelisteten operativen Maßnahmen.

4. Sonstige niedrig-maligne Tumorerkrankungen

Versichert mit Teilleistung ist die durch histologischen Befund gesicherte Diagnose eines sonstigen (nicht bereits aufgeführten) malignen Tumors im Stadium T1NxMx nach UICC Edition 8. oder größer.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, benötigen wir den eindeutigen Nachweis über das Vorliegen eines sonstigen niedrigmalignen Tumors mittels des erhobenen histologischen oder zytologischen Befundes.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, auch wenn sie die vorstehenden Kriterien erfüllen, sind Tumorerkrankungen, die histologisch wie folgt klassifiziert werden:

- prämaligne oder semi-maligne Tumore, wie z. B. das Basalzellkarzinom
- niedrig-maligne Tumore – mit Ausnahme der hier in Anhang B, Ziffer 3 und 4, ausdrücklich beschriebenen Varianten
- nicht-invasive Frühstadien von Tumoren, wie z. B. Gebärmutterhalsveränderungen (cervikale intraepitheliale Neoplasie CIN I-III)
- Carcinoma in situ – mit Ausnahme der hier in Anhang B, Ziffer 1 und 2, ausdrücklich beschriebenen Varianten
- auf das Organ beschränkte follikuläre und papilläre Schilddrüsenkarzinome Stadium T1-T3
- maligne Melanome Stadium T1 und T2
- kolorektale Karzinome im Stadium 0 oder T1N0M0 nach UICC Edition 8.
- oberflächliche Harnblasenkarzinome Stadium T1 sowie
- Gebärmutterkarzinome Stadium pT1a und Grading 1

Nicht versichert ist zudem jede Form von Krebs, die auf Basis von zirkulierenden Tumorzellen und/oder tumorassoziierten Molekülen im Blut, Stuhl, Urin oder anderen Körperflüssigkeiten ohne histopathologischen Nachweis diagnostiziert wurde.

Ausgeschlossen sind alle Tumorerkrankungen, die bei einer versicherten Per-son mit HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung auftreten (vgl. § 9 Absatz 7 AVB).

Erkrankungen von Herz oder Kreislauf

Beschreibung

Bestimmte Erkrankungen oder Funktionsstörungen des Herzens und des Kreislaufs können zu erheblichen Gesundheitsstörungen führen, die den Anspruch auf eine Teilleistung auslösen können. Neben den Erkrankungen selbst sind im Einzelfall auch Operationen oder medizinisch notwendige Maßnahmen mit einer sehr hohen Belastung der Gesundheit oder hohem Risiko verbunden, weshalb auch diese Fälle den Anspruch auf eine Teilleistung auslösen können.

Hiervon konkret erfasst sind ausschließlich alle nachfolgend in diesem Anhang B aufgelisteten Erkrankungen, Operationen oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahmen.

Wartezeit

Für Ihren Versicherungsschutz bei Erfordernis einer Angioplastie am Herzen (vgl. Ziffer 5) oder einer Transkatheter Aortenklappenimplantation (TAVI; vgl. Ziffer 6) besteht eine Wartezeit von drei Monaten. Dies bedeutet, dass Sie keinen Versicherungsschutz haben, wenn die Notwendigkeit einer Angioplastie am Herzen oder einer Transkatheter Aortenklappenimplantation innerhalb von drei Monaten nach Versicherungsbeginn festgestellt wird.

5. Angioplastie am Herzen

Die Angioplastie am Herzen, auch PTCA (perkutane transluminale coronare Angioplastie), ist ein Verfahren zur Erweiterung oder Wiedereröffnung verengter oder verschlossener Herzkranzgefäße (Koronararterien). Hierzu wird ein Katheter mit einem aufblasbaren Ballon an der Spitze verwendet.

Der Ballonkatheter wird meist von der Leiste in die Arterie eingeführt, bis zur Engstelle (Stenose) der Herzkranzgefäße vorgeschoben und mit hohem Druck aufgeblasen. Die Stenose wird dadurch mit dem Ziel der Wiederherstellung oder Verbesserung der Durchblutung des Herzmuskels aufgedehnt. Um eine erneute Verengung zu verhindern, wird häufig ein Stent (Drahtgeflecht, das das Gefäß von innen schienen und offen halten soll) eingesetzt (implantiert).

Versichert mit Teilleistung ist die Angioplastie am Herzen oder der Nachweis einer Notwendigkeit der Angioplastie am Herzen bei eindeutigem Nachweis der folgenden Kriterien:

- Vorliegen einer Myokardischämie (Durchblutungsstörung des Herzens) und
- Angina-pectoris-Symptomatik und
- Vorliegen signifikanter proximaler Stenosen (>70 %) eines oder mehrerer der folgenden Koronargefäße:

  linke Koronararterie (LCA)

  rechte Koronararterie (RCA)

  Ramus interventricularis anterior (RIVA)

  Ramus circumflexus (RCX)

Versicherungsschutz besteht unabhängig von den vorstehenden Kriterien bei eindeutigem Nachweis einer Denovo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer Angioplastie innerhalb von längstens 72 Stunden gemäß den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC Guidelines). Bei eindeutigem Nachweis einer Denovo-Angina entfällt zudem die Wartezeit. Sie haben insoweit Versicherungsschutz vom Versicherungsbeginn an.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist die diagnostische Herzkatheterisierung ohne Ballondilatation oder Stent-Einlage.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung prüfen zu können, muss die Notwendigkeit der Durchführung einer Angioplastie von einem Facharzt für Kardiologie gemäß den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC Guidelines) festgestellt sein. Dies gilt auch, wenn der Eingriff bereits durchgeführt wurde.

6. Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI)

Es gibt vier Klappen im Herzen. Diese Klappen öffnen und schließen sich, um den Blutstrom durch das Herz zu regeln. Sie sind für die effiziente Funktionsweise des Herzens sehr wichtig. Wenn eine oder mehrere dieser Klappen nicht mehr ausreichend funktionieren, und die Pumpleistung dadurch erheblich beeinträchtigt wird, müssen sich die Patienten in der Regel einer Operation am offenen Herzen unterziehen.

Die Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) ist ein minimal-invasives Verfahren, bei dem mittels eines Katheters der Klappenersatz über die Leistenarterie oder über einen kleinen Einschnitt an der Herzspitze erfolgt. Daher wird dieses Verfahren Transkatheter (durch einen Katheter)-Aortenklappenimplantation (engl. transcatheter aortic valve implantation, TAVI) genannt. Die Aortenklappe ist dabei in einem Metallgerüst eingebracht. Mittels Katheter wird die Klappe in Position gebracht. Anschließend wird sie entfaltet und dadurch im Klappenring verankert. Die körpereigene Aortenklappe wird dabei nicht entfernt, sondern durch die Prothese verdrängt. Ziel der TAVI ist es, den Patienten einen Aortenklappenersatz anbieten zu können, deren Operationsrisiko für einen offen-chirurgischen Ersatz zu hoch eingeschätzt wird.

Versichert mit Teilleistung ist die Durchführung der Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) oder der Nachweis der Notwendigkeit.

Nicht von der Definition erfasst und darum ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist das minimalinvasive, kathetergestützte Mitralsegel-Clipping und das Trikuspidalclipping.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung prüfen zu können, muss die Notwendigkeit der Durchführung einer Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) von einem Facharzt für Kardiologie gemäß den Leitlinien der Europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC Guidelines) festgestellt sein. Dies gilt auch, wenn Eingriff bereits durchgeführt wurde.

7. Herzinsuffizienz

Eine Herzinsuffizienz beschreibt einen Zustand des Herzens, bei welchem die Pumpleistung deutlich herabgesetzt ist. Dies kann durch Rückstau in den Körper und in die Lunge zu Wassereinlagerungen führen, welche sich in geschwollenen Beinen und Luftnot äußern können. Die Herzinsuffizienz kann vielfältige Ursachen haben, von Tumorerkrankungen über Infektionen bis hin zu familiär bedingten Erkrankungen.

Versichert ist die gesicherte Diagnose einer Herzinsuffizienz (Herzschwäche) mit folgenden Einschränkungen:

- starke Einschränkung der körperlichen Aktivität auf den Grad III der NYHA-Klassifizierung (New York Heart Association Classification)
- einer Reduzierung der Auswurffraktion des Herzens (Ejektionsfraktion) auf 39% oder weniger, welche mind. 6 Monate andauert, obschon die versicherte Person auf eine geeignete Therapie eingestellt ist.

Nicht von der Definition umfasst und daher vom Versicherungsschutz ausgeschlossen, ist eine Herzinsuffizienz als Folge einer Grunderkrankung, welche mittelbar oder unmittelbar Folge von Alkoholmissbrauch oder Konsum von Drogen oder Medikamenten ist, soweit diese nicht im Rahmen einer medizinisch notwendigen Heilbehandlung auf ärztlichen Rat hin eingenommen worden sind.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Kardiologie.

8. Karotisstenose

Versichert mit Teilleistung ist die Karotisstenose behandelt mit Endarterektomie oder Angioplastie bei eindeutigem Nachweis der folgenden Kriterien:

- Vorliegen einer mindestens 70%igen Stenose (Verengung) der Karotis und
- Nachweis der Durchführung einer Endarterektomie (Operation zur Entfernung der Plaque-Ablagerungen) oder
- einer therapeutischen Angioplastie mit oder ohne Stent zur Korrektur.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, muss der Grad der Stenose durch eine Angiographie belegt sein.

Erkrankungen des Gehirns oder des Nervensystems

9. Hirnabszess

Ein Hirnabszess tritt auf, wenn innerhalb des Schädels eine Immunantwort auf eine Infektion des Gehirns stattfindet. Da der Schädel ein begrenzter Raum ist, kann infolge dieses Abszesses Druck auf das Gehirn ausgeübt werden, und es ist möglicherweise eine Operation erforderlich, um diesen Abszess zu entfernen. Bei einer Kraniotomie wird ein Teil des Schädels entfernt, damit der Chirurg Zugang zum Gehirn erhält.

Versichert mit Teilleistung ist die operative Drainage eines intrazerebralen Abszesses innerhalb des Hirngewebes mittels Kraniotomie.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist ein Hirnabszess, der mit einer HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung einhergeht.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung prüfen zu können, muss der Hirnabszess mittels CT (Computertomographie) oder MRT (Magnetresonanztomographie) nachgewiesen sein.

10. Intrakranielles Aneurysma

Bei einem intrakraniellen Aneurysma handelt es sich um eine Erweiterung/ Aussackung eines im Schädel gelegenen Gefäßes.

Versichert mit Teilleistung ist ein intrakranielles Aneurysmas von mindestens 25 mm Durchmesser.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung prüfen zu können, muss das intrakranielle Aneurysma mittels Angiographie, CT (Computertomographie) oder MRT (Magnetresonanztomographie) nachgewiesen sein.

11. Zerebrale arteriovenöse Malformation

Die Arterien führen sauerstoffreiches Blut vom Herzen weg und die Venen führen sauerstoffarmes Blut zum Herzen zurück. Bei einer zerebralen arteriovenösen Malformation liegt eine anormale Verbindung zwischen den Arterien und den Venen im Gehirn vor. Eine arteriovenöse Fistel (AV-Fistel) ist eine solche anormale Verbindung. Diese Verbindung kann problematisch sein, wenn das mit Sauerstoff angereicherte Blut über eine dieser Verbindungen direkt von den Arterien zu den Venen fließt, ohne dass das mit Sauerstoff angereicherte Blut seinen Bestimmungsort im Gehirn erreicht hat.

Bei einer Kraniotomie wird ein Teil des Schädels entfernt, damit der Chirurg Zugang zum Gehirn erhält. Bei einer endovaskulären Therapie erhält der Chirurg über Arterien Zugang zum Gehirn.

Versichert mit Teilleistung ist eine AV-Fistel oder sonstige zerebrale arteriovenöse Malformation, die behandelt wurde

- mittels Kraniotomie durch einen Facharzt für Neurochirurgie oder
- mittels endovaskulärer Therapie durch einen Facharzt für Neurochirurgie oder Radiologie unter Verwendung von Coils.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung prüfen zu können, muss die zerebrale arteriovenöse Malformation mittels Angiographie, CT (Computertomographie) oder MRT (Magnetresonanztomographie) nachgewiesen sein.

Entzündliche Erkrankungen

12. Schwerer Morbus Crohn

Der Morbus Crohn gehört zur Gruppe der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Häufig betroffen sind der untere Dünndarm sowie der Dickdarm. Die Hauptsymptome sind Bauchschmerzen, Diarrhöe und Müdigkeit.

Im Einzelfall treten Fisteln und Darmstrikturen auf. Eine Fistel liegt vor, wenn sich anormale Gänge bilden, die im Fall von Morbus Crohn zum Beispiel den Darm und die Haut verbinden können oder verschiedene Falten im Darm verbinden können. Von Darmstrikturen spricht man, wenn sich der Darm teilweise oder vollständig verschließt. Neben der medikamentösen Therapie kann in bestimmten Fällen eine Teilentfernung des betroffenen Darmsegmentes erforderlich sein.

Versichert mit Teilleistung ist der Morbus Crohn mit Fistelbildung und Darmstrikturen. Darüber hinaus müssen zwei oder mehr Darmsegmentresektionen zu unterschiedlichen Zeitpunkten stattgefunden haben.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, muss der Nachweis des Morbus Crohn durch einen Facharzt für Chirurgie oder Gastroenterologie anhand der Leitlinien der der deutschen Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten erstellt sein. Zudem müssen die durchgeführten Operationen sowie die anhaltende Symptomatik durch entsprechende Belege dokumentiert sein.

13. Colitis ulcerosa

Die Colitis ulcerosa gehört zur Gruppe der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Sie ist eine Krankheit, die den Dickdarm betrifft. Zu den Symptomen gehören wiederkehrende Diarrhöen, Darmblutungen und Koliken.

In schweren Verlaufsformen ist die vollständige Entfernung des Dickdarmes (Kolektomie) erforderlich.

Versichert mit Teilleistung ist eine Colitis ulcerosa, die mittels einer Proktokolektomie (restaurative Proktokolektomie, Entfernung von Colon und Rektum) behandelt wurde.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, muss der Nachweis der Colitis ulcerosa durch einen Facharzt für Gastroenterologie erstellt sein. Zudem muss die durchgeführte Operation dokumentiert sein.

Erkrankungen, die durch den Verlust wichtiger Körperteile oder -funktionen gekennzeichnet sind

14. Signifikante Einschränkung des Sehvermögens

Versichert mit Teilleistung ist die irreversible (nicht rückgängig zu machende), signifikante Einschränkung der Sehkraft auf beiden Augen. Das Ausmaß des Sehkraftverlustes muss derart sein, dass bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 6/18 (0,33) oder weniger auf der Snellen-Sehprobentafel beträgt, während der Patient eine Korrekturbrille oder Kontaktlinsen trägt.

Dies bedeutet, dass die versicherte Person bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen wie Brille oder Kontaktlinsen einen Gegenstand in bis zu sechs Meter Entfernung sehen kann, den eine Person mit voller Sehkraft sehen könnte, wenn er sich in einem Abstand von 18 Metern befände.

15. Blindheit auf einem Auge

Versichert mit Teilleistung ist der irreversible (nicht rückgängig zu machende) Verlust der Sehkraft auf einem Auge. Das Ausmaß des Sehkraftverlustes muss derart sein, dass bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe eines Auges 0,10 oder weniger auf der Snellen-Sehprobentafel beträgt. Alternativ belegen fachärztliche Befunde, dass das Sehfeld auf einem Auge auf maximal 20° beschränkt ist.

Dies bedeutet, dass die versicherte Person bei der Untersuchung unter Verwendung von Sehhilfen wie Brille oder Kontaktlinsen einen Gegenstand in bis zu zehn Meter Entfernung sehen kann, den eine Person mit voller Sehkraft sehen könnte, wenn er sich in einem Abstand von 100 Metern befände.

16. Verlust von Hand oder Fuß

Versichert mit Teilleistung ist die irreversible Abtrennung einer Gliedmaße (Fuß oder Hand) oberhalb des Hand- bzw. Fußgelenkes.

Die irreversible Abtrennung von mindestens zwei Gliedmaßen kann einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung gemäß Anhang A, Ziffer 31, begründen. Die konkreten Anspruchsvoraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie im Anhang A, Ziffer 31, beschrieben.

17. Lähmung von Arm oder Bein

Versichert mit Teilleistung ist der vollständige und irreversible (nicht rückgängig zu machende) Verlust der Muskelfunktion in einer ganzen Extremität (Arm oder Bein).

Voraussetzung ist, dass die versicherte Person die Fähigkeit, eine ganze Extremität (Arm oder Bein) zu bewegen oder zu benutzen, vollständig und dauerhaft (das bedeutet voraussichtlich mindestens 3 Jahre) verloren hat.

Sonstige schwere Erkrankungen, Operationen oder medizinisch notwendige Maßnahmen, die einen Anspruch auf eine Teilleistung begründen können.

18. Einfache Lobektomie – Entfernung eines kompletten Lappens einer Lunge

Die menschlichen Lungen sind in Abschnitte unterteilt, die als Lappen bezeichnet werden. Die linke Lunge besteht aus zwei Lappen und die rechte Lunge aus drei Lappen.

Versichert mit Teilleistung ist die Durchführung einer medizinisch erforderlichen Entfernung eines kompletten Lungenlappens infolge einer Verletzung oder Krankheit.

Von der Definition nicht erfasst und ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- eine partielle Entfernung eines Lungenlappens (Segment- oder Keilresektion) und
- jede andere Form der Lungenoperation.

Die medizinisch erforderliche Entfernung eines ganzen Lungenflügels (Pneumektomie) kann einen Anspruch auf die vollständige Versicherungsleistung gemäß Anhang A, Ziffer 46, begründen. Die konkreten Anspruchsvoraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie im Anhang A, Ziffer 46, beschrieben.

19. Syringomyelie oder Syringobulbie

Der Begriff Syringomyelie wird verwendet, um eine Störung des Rückenmarks zu beschreiben, bei der sich mit Flüssigkeit gefüllte Zysten bilden und schrittweise das Rückenmark zerstören. Syringobulbie ist eine ähnliche Störung des Hirnstamms. Die Symptome dieser Störungen sind breit gefächert und können zum Beispiel Schmerzen oder Verlust der Fähigkeit zur Empfindung von extremer Hitze oder Kälte umfassen.

Versichert mit Teilleistung ist eine Syringomyelie oder Syringobulbie, deren Schweregrad eine operative Behandlung erforderlich macht. Dies umfasst auch das operative Einsetzen eines dauerhaften Drainage-Shunts.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung prüfen zu können, benötigen wir die Diagnose eines Facharztes für Neurologie sowie MRT-(Magnetresonanztomographie) und Liquorbefunde.

20. Spinale arteriovenöse Malformation

Bei der spinalen arteriovenösen Malformation handelt es sich um eine angebo-

rene Fehlbildung der Blutgefäße in oder um das Rückenmark, bei der die Arterien direkt mit den Venen verbunden sind.

Versichert ist die Behandlung einer spinalen arteriovenösen Fehlbildung mit einer der folgenden Maßnahmen:

- Chirurgische Resektion bzw. Entfernung der Fehlbildung
- Endovaskuläre Embolisation
- Stereotaktische Bestrahlung oder konventionelle Strahlentherapie

21. Schwere Verbrennung, Verätzung oder Erfrierung

Verbrennungen, Verätzungen und Erfrierungen werden durch Bezugnahme auf das Ausmaß des Schadens, der der Haut zugefügt wurde, definiert. Dabei wird sowohl hinsichtlich der Intensität (Eindringtiefe; z. B. Gradeinteilung bei Verbrennungen) sowie der Ausdehnung auf der Körperoberfläche unterschieden.

Versichert sind schwere Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen (Intensität entsprechend Grad III von:

- mindestens 10 % der Körperoberfläche oder
- mindestens 25 % der Oberfläche des Gesichtes. Die Oberfläche des Gesichtes im Sinne dieser Definition schließt die Stirn und die Ohren ein.

Vor Beendigung des 13. Lebensjahres sind versichert: Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen von:

- mindestens 10 % der Körperoberfläche (Intensität entsprechend Grad II) oder
- mindestens 5 % der Körperoberfläche (Intensität entsprechend Grad III) oder
- mindestens 25% der Oberfläche des Gesichts (Intensität entsprechend Grad III). Die Oberfläche des Gesichtes im Sinne dieser Definition schließt die Stirn und die Ohren ein.

Schwere Verbrennungen, Verätzungen oder Erfrierungen mit einem höheren Grad als hier beschrieben, können gegebenenfalls einen Vollleistungsanspruch begründen. Die konkreten Anspruchsvoraussetzungen finden Sie in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen sowie im Anhang A, Ziffer 49, beschrieben.

22. Diabetes mellitus Typ 1

Versichert ist die gesicherte Diagnose eines Typ 1 Diabetes mellitus, welcher der dauerhaften Insulinbehandlung bedarf. Nicht versichert sind:

- Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes)
- Typ 2 Diabetes
- Latent autoimmune Diabetes (LADA) im Erwachsenenalter.

Um Ihren Anspruch auf eine Teilleistung überprüfen zu können, muss der Nachweis des Diabetes mellitus Typ 1 durch einen Facharzt für Innere Medizin erstellt sein.

Allgemeine Steuerhinweise für den „Krankheits-Schutzbrief“ und den „Erweiterten Krankheits-Schutzbrief“

Gültig für die Bundesrepublik Deutschland (Stand 07/2024)

Eventuelle Gesetzesänderungen sind in den nachfolgenden Ausführungen nicht berücksichtigt.

Nachfolgende Verbraucherhinweise können nur allgemeine Hinweise des bei Drucklegung geltenden Steuerrechts sein. Für deren Richtigkeit und Vollständigkeit kann keine Haftung übernommen werden. Hilfeleistungen in Steuerangelegenheiten können, außer vom zuständigen Finanzamt, nur von Befugten zur unbeschränkten Hilfeleistung in Steuersachen (z. B. Steuerberater, Wirtschaftsprüfer) geleistet werden (§ 3 StBerG).

A. Einkommensteuer

Die Leistungen aus dieser Versicherung sind stets einkommensteuerfrei.

Die Beiträge zu dieser Versicherung können nicht als Sonderausgaben abgezogen werden.

B. Erbschaftsteuer

Die Auszahlung der Versicherungssumme an eine andere Person als den Versicherungsnehmer unterliegt grundsätzlich

- der Schenkungsteuer, wenn die Schenkung zu Lebzeiten des Versicherungsnehmers erfolgte oder
- der Erbschaftsteuer, wenn der Erwerb infolge des Todes des Versicherungsnehmers erfolgte.

Die tatsächliche Steuerbelastung hängt davon ab, ob die Versicherungssumme zusammen mit anderen steuerpflichtigen Leistungen den jeweils zur Anwendung kommenden Freibetrag übersteigt.

Nach § 30 ErbStG sind Erben bzw. Beschenkte oder Schenker verpflichtet, innerhalb von drei Monaten eine Anzeige beim zuständigen Finanzamt über die Erbschaft bzw. Schenkung abzugeben.

C. Versicherungsteuer

Die Beiträge (Versicherungsentgelte) zu dieser Versicherung sind nach § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b Versicherungsteuergesetz (VersStG) von der Versicherungsteuer befreit, sofern die Ansprüche auf die Versicherungsleistung bei Erkrankung der Versorgung

- der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert („Risikoperson“ bzw. „versicherte Person“)
  oder
- von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 Pflegezeitgesetz oder Angehörigen im Sinne des § 15 Abgabenordnung
  dienen.

Erlischt gemäß § 4 Absatz 2 VersStG die Steuerbefreiung, so ist nach § 9 Absatz 5 VersStG die Steuer nachzuentrichten, soweit Versicherungsentgelt für einen Zeitraum nach Entfallen der Steuerbefreiung gezahlt worden ist.

Ist Steuer nach § 9 Absatz 5 VersStG nachzuentrichten, so ist der Versicherer zum Zweck der Steuerentrichtung berechtigt, die Steuer beim Versicherungsnehmer nachträglich einzufordern oder im Leistungsfall die Versicherungsleistung entsprechend zu kürzen.

Information zur Verwendung Ihrer Daten

Hiermit informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Zurich Life Assurance plc und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte gemäß den „Data Protection Acts 1988-2003" die von Zeit zu Zeit angepasst, erweitert, ergänzt, aufgehoben oder ersetzt wurden und einschließlich EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO 2016/67).

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

Zurich Life Assurance plc
Zurich House
Frascati Road
Blackrock
Co. Dublin
A94 X9Y3
Irland

Sollten Sie Fragen zum Datenschutz haben können Sie uns per E-Mail kontaktieren, vertriebsservice@zurich-irland.de oder postalisch (kostenfrei für Sie) an die folgende Adresse:

Zurich Gruppe Deutschland
Konzerndatenschutz
50427 Köln
E-Mail: datenschutz@zurich.com.

Alternativ können Sie unseren **Datenschutzbeauftragten** per E-Mail, dataprotectionofficer@zurich.ie oder postalisch (kostenfrei für Sie) unter folgender Adresse kontaktieren:

Data Protection Officer
Zurich Life Assurance plc
Zurich House
Frascati Road
Blackrock
Co. Dublin
A94 X9Y3
Ireland

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrages und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung oder Rechnungsstellung. Angaben zum Leistungsfall benötigen wir etwa, um prüfen zu können, ob ein Versicherungsfall eingetreten und wie hoch die Versicherungssumme ist.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrages ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung versicherungsspezifischer Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller mit einer Zurich-Gesellschaft bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung, hinsichtlich einer Vertragsanpassung oder -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Art. 6 Abs. 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrages) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Art. 9 Abs. 2 a) i. V. m. Art. 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Art. 9 Abs. 2 j) DSGVO i. V. m. § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Art. 6 Abs. 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein

- zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebes,
- für die Gesamtbetrachtung Ihrer Kundenbeziehung zu den Unternehmen der Zurich Gruppe in Deutschland,
- zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte und für andere Produkte der Unternehmen der Zurich Gruppe und deren Kooperationspartner sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
- zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen i. V. m. Art. 6 Abs. 1 c) DSGVO.

Sofern wir gesetzlich vorgeschriebene Prüfungen vornehmen, zum Beispiel zur Verhinderung von Geldwäsche, kann es in bestimmten Fällen auch zu einer Verarbeitung von Daten zu strafrechtlichen Verurteilungen und Straftaten kommen.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei spezialisierten Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und ggf. Schadendaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann.

Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur, soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrages mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang.

Vermittler
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrages benötigten Antrags-, Vertrags- und Schadendaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Zurich Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. Soweit ein Versicherungsvertrag zwischen Ihnen und einem oder mehreren Unternehmen unserer Gruppe besteht, können Ihre Daten etwa zur zentralen Verwaltung von Anschriftendaten, für den telefonischen Kundenservice, zur Vertrags- und Leistungsbearbeitung, für In- und Exkasso oder zur gemeinsamen Postbearbeitung zentral durch ein Unternehmen der Gruppe verarbeitet werden. In der Übersicht der Dienstleister der Zurich Life Assurance plc im Anhang
sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich-irland.de/footer_links/privacy.jsp finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht der Dienstleister der Zurich Life Assurance plc im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich-irland.de/footer_links/privacy.jsp entnehmen.

Weitere Empfänger
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten, sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich, unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahre.

Betroffenenrechte

Sie können unter der o. g. Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung ohne Angabe von Gründen zu widersprechen. Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung aus Gründen, die sich aus Ihrer besonderen Situation ergeben, widersprechen. Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, wir können zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die Ihre Interessen, Rechte und Freiheiten überwiegen oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten zu wenden. Daneben haben Sie das Recht auf Beschwerde bei einer Datenschutzaufsichtsbehörde an Ihrem Wohnort oder der für uns zuständigen Datenschutzaufsichtsbehörde:

Data Protection Commission
Canal House
Station Road
Portarlington
Co. Laois
Ireland

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information dazu sowie über das Datenschutzniveau bei unseren Dienstleistern in Drittländern finden Sie in der Übersicht der Dienstleister der Zurich Life Assurance plc im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.zurich-irland.de/footer_links/privacy.jsp

Aktualisierung der Datenschutzhinweise

Diese Datenschutzhinweise können aufgrund von Änderungen z. B. der gesetzlichen Bestimmungen, zu einem späteren Zeitpunkt angepasst werden. Eine jeweils aktuelle Fassung dieser Hinweise sowie der Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, erhalten Sie getrennt nach Unternehmen und Sparten unter www.zurich-irland.de/footer_links/privacy.jsp

Übersicht der Dienstleister der Zurich Life Assurance plc

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit allen gültigen Datenschutzgesetzen und der von Ihnen gegebenenfalls im Rahmen Ihres Versicherungsantrags oder der Leistungsbearbeitung abgegebenen Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. Dies beinhaltet auch die Weitergabe von Daten an Dienstleister, soweit dies für Erbringung der Dienstleistung erforderlich ist. Diese Liste nennt solche Dienstleister sowie Kategorien von Dienstleistern. Dienstleister bzw. Dienstleisterkategorien, die hierzu besondere Kriterien von Daten (wie z. B. biometrische oder Gesundheitsdaten) erhalten könnten, sind mit **1** gekennzeichnet.

Einzelne Dienstleister können auch außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums niedergelassen sein. Eine Datenübermittlung an solche Dienstleister kann zum Beispiel erfolgen, wenn dies zwingend zur Erfüllung des mit Ihnen geschlossenen Vertrags erforderlich ist. Im Übrigen erfolgt eine solche Übermittlung nur, wenn das angemessene Datenschutzniveau am Sitz des Dienstleisters durch einen Angemessenheitsbeschluss der Europäischen Kommission (wie z. B. im Fall der Schweiz) oder durch geeignete Garantien, insbesondere den Abschluss der von der Europäischen Kommission erlassenen Standard-Datenschutzklauseln (diese können Sie bei uns erfragen), gewährleistet ist. Dienstleister bzw. Kategorien mit Sitz außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums sind mit **2** gekennzeichnet.

Zurich interne Dienstleister bei denen die Datenverarbeitung Hauptgegenstand der Tätigkeit ist

Dienstleister	**Gegenstand der Beauftragung**
TDG Tele Dienste GmbH**1**	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zürich Beteiligungs-Aktiengesellschaft (Deutschland)**1**	Zentrale Dienstleistungen (z. B. Recht & Steuern, Revision, Compliance, Risikoprüfung, Vertragsverwaltung, Versicherungsvertrieb und Leistungsfallbearbeitung sowie IT-Dienstleistungen, Sanktions-Screening, Geldwäscheprävention)
Zurich Kunden Center GmbH**1**	Kundenservice (z. B. Telefonie)
Zurich Deutscher Herold Lebensversicherung Aktiengesellschaft	Versicherungsvertrieb
Zurich Insurance Europe AG Niederlassung für Deutschland	Versicherungsvertrieb
Zurich Insurance Company Ltd	IT-Dienstleistungen

Kategorien von Dienstleistern, die für o. g. Konzerngesellschaften tätig werden und bei denen die Verarbeitung von personenbezogenen Daten kein Hauptgegenstand des Auftrages ist bzw. die nur gelegentlich tätig werden

Dienstleisterkategorie	**Gegenstand der Beauftragung**
Adress-Dienstleister	Aktualisierung von Adressdaten
Archivierungs-/Entsorgungsunternehmen**1**	Aktenarchivierung und Entsorgung von Akten/Datenträgern
Assistance-Dienstleister**1 2**	Assistance-Leistungen
Call-Center	Telefondienstleistungen
Druckereien	Druckdienstleistungen (Druck/Postversand)
Elektronisches Versandmanagement	Versanddienstleistungen (E-Mail-Versand)
Medizinische Gutachter und Sachverständige (Ärzte, Psychologen, Psychiater etc.)**1**	Analyse, Begutachtung und Beratung zu Rehabilitations- und sonstigen medizinischen Maßnahmen
Sonstige Gutachter, Sachverständige, Prüfdienstleister**1**	Erstellung von Gutachten/Expertisen; Beratung in speziellen Fällen
Inkassounternehmen	Forderungseinzug
IT-und Telekommunikationsdienstleister**1 2**	IT-Dienstleistungen (z. B. IT, Telefonie, Netzwerk, Wartung)
Post-, Kommunikations- oder Logistikdienstleister**1**	Postbearbeitung, Dokumenten-Management inkl. Digitalisierung
Marketingagenturen	Marketingaktionen
Marktforschungsunternehmen, Analyse Dienstleister **1**	Marktforschung, Web-Analyse
Auskunfteien und Recherchedienstleister (z. B. Detekteien)**1**	Bonitäts- und Wirtschaftsauskünfte, Recherchedienstleistungen
Rechtsanwaltskanzleien**1**	Anwaltliche Dienstleistungen
Rehabilitationsdienste und Dienstleister für Hilfs- und Pflege- sowie medizinische Leistungen**1**	Assistance-Leistungen (z. B. Beratung zu Rehabilitationsmaßnahmen)
Rückversicherer**1 2**	Einbindung in die Risiko- und Leistungsprüfung in speziellen Fällen
Schadendienstleister/Sanierer/Werkstätten	Unterstützung in der Schadenbearbeitung
Übersetzer und Dolmetscher	Übersetzungen und ähnliche Unterstützungsleistungen
Wirtschaftsprüfer	Prüfdienstleistungen
Zahlungsdienstleister	Abwicklung von Zahlungen über Zahlungsdienstleister (z.B. Kreditkartenanbieter)

Hinweis: Eine Weitergabe findet *nicht an alle* Dienstleister statt, sondern ggf. an einzelne Dienstleister und nur soweit es erforderlich und durch eine Rechtsgrundlage abgedeckt ist. Informationen zu Ihren Rechten bzgl. Ihrer Daten (wie z.B. einem evtl. Widerspruchsrecht) finden Sie mit weiteren Informationen zum Datenschutz in dem Dokument „Information zur Verwendung Ihrer Daten" Ihrer Vertragsgesellschaft jeweils aktuell auf der Seite www.zurich.de/datenschutz.

Anlage zur Verbraucherinformation

Widerrufsbelehrung

Abschnitt 1
Widerrufsrecht, Widerrufsfolgen und besondere Hinweise

Widerrufsrecht

Sie können Ihre Vertragserklärung innerhalb einer Frist von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen.

Die Widerrufsfrist beginnt, nachdem Ihnen

- **der Versicherungsschein,**
- **die Vertragsbestimmungen,**
  einschließlich der für das Vertragsverhältnis geltenden Allgemeinen Versicherungsbedingungen, diese wiederum einschließlich der Tarifbestimmungen,
- **diese Belehrung,**
- **das Informationsblatt zu Versicherungsprodukten,**
- **und die weiteren in Abschnitt 2 aufgeführten Informationen**

jeweils in Textform zugegangen sind.

Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs. Der Widerruf ist zu richten an:

Zurich Life Assurance plc
Eagle Star
Postfach 110123
50401 Köln

Widerrufsfolgen

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet der Versicherungsschutz und der Versicherer hat Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Prämien zu erstatten, wenn Sie zugestimmt haben, dass der Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil der Prämie, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, darf der Versicherer in diesem Fall einbehalten; dabei handelt es sich pro Tag zwischen dem Beginn des Versicherungsschutzes und dem Zugang der Widerrufserklärung um einen Betrag in Höhe von 1/365 des für ein Jahr zu zahlenden Beitrags. Den Rückkaufswert einschließlich der Überschussanteile hat der Versicherer Ihnen auszuzahlen. Der Versicherer hat zurückzuzahlende Beträge unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs, zu erstatten.

Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, so hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise

Ihr Widerrufsrecht erlischt, wenn der Vertrag auf Ihren ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch vom Versicherer vollständig erfüllt ist, bevor Sie Ihr Widerrufsrecht ausgeübt haben.

Abschnitt 2
Auflistung der für den Fristbeginn erforderlichen weiteren Informationen

Hinsichtlich der in Abschnitt 1 Satz 2 genannten weiteren Informationen werden die Informationspflichten im Folgenden im Einzelnen aufgeführt:

Unterabschnitt 1
Informationspflichten bei allen Versicherungszweigen

Der Versicherer hat Ihnen folgende Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. die Identität des Versicherers und der etwaigen Niederlassung, über die der Vertrag abgeschlossen werden soll; anzugeben ist auch das Handelsregister, bei dem der Rechtsträger eingetragen ist, und die zugehörige Registernummer;
2. die ladungsfähige Anschrift des Versicherers und jede andere Anschrift, die für die Geschäftsbeziehung zwischen dem Versicherer und Ihnen maßgeblich ist, bei juristischen Personen, Personenvereinigungen oder -gruppen auch den Namen eines Vertretungsberechtigten; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
3. die Hauptgeschäftstätigkeit des Versicherers;
4. Angaben über das Bestehen eines Garantiefonds oder anderer Entschädigungsregelungen; Name und Anschrift des Garantiefonds sind anzugeben;
5. die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung, insbesondere Angaben über Art, Umfang und Fälligkeit der Leistung des Versicherers;
6. den Gesamtpreis der Versicherung einschließlich aller Steuern und sonstigen Preisbestandteile, wobei die Prämien einzeln auszuweisen sind, wenn das Versicherungsverhältnis mehrere selbständige Versicherungsverträge umfassen soll, oder, wenn ein genauer Preis nicht angegeben werden kann, Angaben zu den Grundlagen seiner Berechnung, die Ihnen eine Überprüfung des Preises ermöglichen;
7. gegebenenfalls zusätzlich anfallende Kosten unter Angabe des insgesamt zu zahlenden Betrages sowie mögliche weitere Steuern, Gebühren oder Kosten, die nicht über den Versicherer abgeführt oder von ihm in Rechnung gestellt werden;
8. Einzelheiten hinsichtlich der Zahlung und der Erfüllung, insbesondere zur Zahlungsweise der Prämien;
9. die Befristung der Gültigkeitsdauer der zur Verfügung gestellten Informationen, beispielsweise die Gültigkeitsdauer befristeter Angebote, insbesondere hinsichtlich des Preises;
10. Angaben darüber, wie der Vertrag zustande kommt, insbesondere über den Beginn der Versicherung und des Versicherungsschutzes sowie die Dauer der Frist, während der der Antragsteller an den Antrag gebunden sein soll;

11. das Bestehen oder Nichtbestehen eines Widerrufsrechts sowie die Bedingungen, Einzelheiten der Ausübung, insbesondere Namen und Anschrift derjenigen Person, gegenüber der der Widerruf zu erklären ist, und die Rechtsfolgen des Widerrufs einschließlich Informationen über den Betrag, den Sie im Falle des Widerrufs gegebenenfalls zu zahlen haben; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
12. Angaben zur Laufzeit des Vertrages;
13. Angaben zur Beendigung des Vertrages, insbesondere zu den vertraglichen Kündigungsbedingungen einschließlich etwaiger Vertragsstrafen; soweit die Mitteilung durch Übermittlung der Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Versicherungsbedingungen erfolgt, bedürfen die Informationen einer hervorgehobenen und deutlich gestalteten Form;
14. die Mitgliedstaaten der Europäischen Union, deren Recht der Versicherer der Aufnahme von Beziehungen zu Ihnen vor Abschluss des Versicherungsvertrags zugrunde legt;
15. das auf den Vertrag anwendbare Recht, eine Vertragsklausel über das auf den Vertrag anwendbare Recht oder über das zuständige Gericht;
16. die Sprachen, in denen die Vertragsbedingungen und die in diesem Unterabschnitt genannten Vorabinformationen mitgeteilt werden, sowie die Sprachen, in denen sich der Versicherer verpflichtet, mit Ihrer Zustimmung die Kommunikation während der Laufzeit dieses Vertrags zu führen;
17. einen möglichen Zugang für Sie zu einem außergerichtlichen Beschwerde- und Rechtsbehelfsverfahren und gegebenenfalls die Voraussetzungen für diesen Zugang; dabei ist ausdrücklich darauf hinzuweisen, dass die Möglichkeit für Sie, den Rechtsweg zu beschreiten, hiervon unberührt bleibt;
18. Name und Anschrift der zuständigen Aufsichtsbehörde sowie die Möglichkeit einer Beschwerde bei dieser Aufsichtsbehörde.

Unterabschnitt 2
Zusätzliche Informationspflichten bei dieser Lebensversicherung

Bei dieser Lebensversicherung hat der Versicherer Ihnen zusätzlich zu den oben genannten Informationen die folgenden Informationen zur Verfügung zu stellen:

1. Angaben in Euro zur Höhe der in die Prämie einkalkulierten Kosten; dabei sind die einkalkulierten Abschlusskosten als einheitlicher Gesamtbetrag und die übrigen einkalkulierten Kosten als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen; bei den übrigen einkalkulierten Kosten sind die einkalkulierten Verwaltungskosten zusätzlich gesondert als Anteil der Jahresprämie unter Angabe der jeweiligen Laufzeit auszuweisen;
2. Angaben in Euro zu möglichen sonstigen Kosten, insbesondere zu Kosten, die einmalig oder aus besonderem Anlass entstehen können;
3. Angaben über die für die Überschussermittlung und Überschussbeteiligung geltenden Berechnungsgrundsätze und Maßstäbe;
4. Angabe in Euro der in Betracht kommenden Rückkaufswerte;
5. Angaben in Euro über den Mindestversicherungsbetrag für eine Umwandlung in eine prämienfreie oder eine prämienreduzierte Versicherung und über die Leistungen aus einer prämienfreien oder prämienreduzierten Versicherung;
6. das Ausmaß, in dem die Leistungen nach den Nummern 4 und 5 garantiert sind; die Angabe hat in Euro zu erfolgen;
7. allgemeine Angaben über die für diese Versicherungsart geltende Steuerregelung.

Ende der Widerrufsbelehrung

Zurich Life Assurance plc
Zurich House, Frascati Road, Blackrock, Co. Dublin, A94 X9Y3, Irland
Telefon: 0800 1802 392 (für Sie kostenlos aus dem deutschen Festnetz)
Internet: www.zurich-irland.de
Zurich Life Assurance plc unterliegt der Aufsicht der Central Bank of Ireland. Die Central Bank of Ireland erfüllt sowohl die Aufgaben der Zentralbank als auch der Finanzaufsichtsbehörde.

981331492 SI/0625

ZURICH®