

versicherungsbedingungen und
verbraucherinformationen

schwere krankheiten vorsorge

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsbedingungen

§ 1	Was ist Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge?	5
§ 2	Welche Leistungen erbringen wir?.....	5
§ 3	Was gilt, wenn Sie nur den Schwere Krankheiten Schutz mit uns vereinbart haben?	5
§ 4	Was gilt, wenn Sie nur den Erweiterten Todesfallschutz mit uns vereinbart haben?	6
§ 5	Was gilt, wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz mit Erweitertem Todesfallschutz mit uns vereinbart haben?	7
§ 6	Was gilt, wenn Sie den Erweiterten Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit mit uns vereinbart haben?	7
§ 7	Was gilt, wenn Sie den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz mit uns vereinbart haben?	7
§ 8	Was gilt, wenn Sie den Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes mit uns vereinbart haben?	7
§ 9	Was gilt, wenn Sie die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbart haben?	8
§ 10	Was gilt, wenn zwei Personen versichert sind?	8
§ 11	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	8
§ 12	Welche Bedeutung haben die von uns bei Vertragsabschluss, insbesondere im Versicherungsantrag, gestellten Fragen?.....	10
§ 13	Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen?	10
§ 14	Wann beginnt und endet Ihr Schutz? Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?	10
§ 15	Wie und bis wann können Sie dem Zustandekommen des Versicherungsvertrags widersprechen?	11
§ 16	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	11
§ 17	Können Sie die Zahlungsweise oder Beitragshöhe ändern?	11
§ 18	Was gilt, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Leistungen mit uns vereinbart haben?	11
§ 19	Können Sie den Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen?.....	12
§ 20	Können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen? Welche Rechtsfolgen hat eine Kündigung?	12
§ 21	Können Sie den vereinbarten Schutz ändern? Können Sie die gewählte Ziellaufzeit ändern? Können Sie die Beitragshöhe ändern, ohne den Schutz zu ändern?.....	12

§ 22	Wann können Sie Ihren Schutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?	13
§ 23	In welchen Fonds wird Ihr Beitrag angelegt? Wie sind Sie an ihm beteiligt? Wie wird der Fonds verwaltet?.....	14
§ 24	Wie erfolgt die Zuteilung der Fondsanteile für Ihre Beiträge?.....	14
§ 25	Was ist der Unterschied zwischen dem Ausgabekurs und dem Rücknahmekurs für die Fondsanteile? Wie wird Ihr Anteilguthaben berechnet?	15
§ 26	Wie werden der Fondswert sowie der Ausgabe- und Rücknahmekurs ermittelt? Wie oft findet eine Ermittlung statt?	15
§ 27	Welche Tage sind für den Kurs maßgeblich?	16
§ 28	Wann kommen Sie in den Genuss eines Treuebonus?.....	16
§ 29	Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?	16
§ 30	Was ist zu beachten, wenn Leistungen erbracht werden?.....	17
§ 31	Welche Vertragskosten fallen für Ihren Versicherungsvertrag an?	18
§ 32	Wann nehmen wir eine Vertragsüberprüfung vor? Wann können wir eine erneute Risikoprüfung verlangen?.....	19
§ 33	Wie werden die Risikokosten ermittelt? Können die Risikokosten oder die Beiträge von uns angehoben werden?.....	20
§ 34	Was gilt für Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?	20
§ 35	Sind Sie an den Überschüssen beteiligt?	20
§ 36	Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?	20
§ 37	Welche Fristen gelten bei Meinungsverschiedenheiten?	20
§ 38	Wo ist der Gerichtsstand?.....	20
§ 39	Können die Versicherungsbedingungen oder deren Anlagen von uns geändert werden?	20
§ 40	Übersicht der Definitionen	22
Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen		
Versicherte schwere Krankheiten		23
Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen		30
Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes		
Verbraucherinformationen		31
Steuerhinweise		33
Merkblatt zum Datenschutz		34

Versicherungsbedingungen für die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life

§ 1 Was ist Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge?

- 1 Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge ist eine fondsgebundene Risiko-Lebensversicherung. Die von Ihnen gezahlten Beiträge werden in einem internen Fonds der Canada Life Assurance Europe Limited zu den in diesen Versicherungsbedingungen festgelegten Zuteilungssätzen angelegt. Aus dem daraus entstehenden Anteilguthaben entnehmen wir die Kosten für den vereinbarten Risikoschutz sowie andere Vertragskosten.
- 2 Wir nennen Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge auch kurz „Versicherungsvertrag“ und den im Rahmen des Versicherungsvertrags gewährten Versicherungsschutz kurz „Schutz“.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

- 1 Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben. Es bestehen die folgenden Möglichkeiten:
 - a) Schwere Krankheiten Schutz mit Todesfallschutz und automatischer Mitversicherung von Kindern (kurz „Schwere Krankheiten Schutz“) (§ 3),
 - b) Erweiterter Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei einer Lebenserwartung von unter 12 Monaten und automatischer Mitversicherung von Kindern (kurz „Erweiterter Todesfallschutz“) (§ 4),
 - c) Schwere Krankheiten Schutz mit Erweitertem Todesfallschutz (§ 5) oder
 - d) Erweiterter Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit (§ 6).
- 2 Sie können die folgenden Zusatzoptionen in Verbindung mit einer der in Absatz 1 beschriebenen Möglichkeiten vereinbaren:
 - a) Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9) und/oder
 - b) die planmäßige Erhöhung der Leistungen für den vereinbarten Schutz (§ 18).
- 3 Es bestehen folgende weitere Zusatzoptionen:
 - a) Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz (§ 7)
 - b) Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes (§ 8).

Die Zusatzoption 3 b) ist nur in Verbindung mit 3 a) wählbar. Keine dieser Zusatzoptionen ist wählbar, wenn Sie nur den Erweiterten Todesfallschutz (§ 4) mit uns vereinbart haben.

- 4 Es können entweder eine oder zwei Personen versichert werden, die wir kurz „versicherte Person“ nennen. Die versicherte(n) Person(en) sowie der (jeweils) vereinbarte Schutz sind in Ihrem Versicherungsschein aufgeführt.

- 5 Es gelten die in § 11 dieser Versicherungsbedingungen und ggf. die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse sowie die in § 29 beschriebenen Regelungen für die Feststellung des Versicherungsfalls.

§ 3 Was gilt, wenn Sie nur den Schwere Krankheiten Schutz mit uns vereinbart haben?

A. Was gilt für die versicherte Person?

- 1 Wir zahlen bei Vorliegen einer schweren Krankheit im Sinne der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen, deren endgültige, durch Nachweise gemäß Anlage 1 belegte Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt („eine versicherte schwere Krankheit“),
 - a) die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Leistung für Schwere Krankheiten (die „versicherte Leistung für Schwere Krankheiten“) oder, falls höher,
 - b) den Wert des Anteilguthabens.
 Wenn zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, erbringen wir nur eine Zahlung.
- 2 Wie in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen beschrieben, besteht für bestimmte versicherte schwere Krankheiten unter den in Anlage 1 festgelegten Voraussetzungen ein Anspruch auf Teilzahlung der versicherten Leistung für Schwere Krankheiten (die „Teilzahlung“). In diesen Fällen erbringen wir die in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen für die entsprechende versicherte schwere Krankheit angegebene Teilzahlung.
- 3 Wenn wir eine Teilzahlung erbracht haben, verringert sich die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten um diese Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf die versicherte schwere Krankheit, für welche eine Teilzahlung erbracht wurde. Der Schwere Krankheiten Schutz bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen.
- 4 Stirbt die versicherte Person, zahlen wir
 - a) die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Todesfall-Leistung (die „versicherte Todesfall-Leistung“) oder, falls höher,
 - b) den Wert des Anteilguthabens.
- 5 Der Schwere Krankheiten Schutz einschließlich des Todesfallschutzes für die versicherte Person entfällt, wenn eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach Absatz 1 zu erbringen haben, aber nicht, wenn nur ein Anspruch auf eine Teilzahlung besteht.
- 6 Wenn wir eine Leistung für den Schwere Krankheiten Schutz für die versicherte Person zahlen und es besteht

zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Besteht nach dieser Leistung weiterer Schutz, nehmen wir zu dem Zeitpunkt eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und teilen Ihnen den veränderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den verbleibenden Schutz aufrechtzuerhalten (§ 32).

B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

- 1 Die leiblichen und adoptierten Kinder der versicherten Person („automatisch mitversicherte Kinder“) sind ab dem 1. bis zum 18. Geburtstag gegen versicherte schwere Krankheiten mitversichert. Es besteht aber kein Schutz für die versicherte schwere Krankheit „Abhängigkeit von einer dritten Person“. Wenn zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit für ein automatisch mitversichertes Kind vorliegt, erbringen wir nur eine Zahlung.
- 2 Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von
 - a) 50 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten oder
 - b) € 25.000,00
bzw. bei Anspruch auf Teilzahlung der geringere Betrag von
 - c) 25 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten oder
 - d) 50 % der jeweiligen für die versicherte Person gültigen Höhe der Teilzahlung.
- 3 Wenn mehr als ein Kind automatisch mitversichert ist, beträgt die Summe aller Leistungen, die insgesamt während der Laufzeit des Versicherungsvertrags für alle automatisch mitversicherten Kinder gezahlt wird, maximal 50 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten.
- 4 Wenn wir eine Teilzahlung erbracht haben, verringert sich die nach Absatz 2 a) bzw. b) versicherte Leistung um diese Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf die versicherte schwere Krankheit, für welche eine Teilzahlung erbracht wurde. Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen.
- 5 Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind entfällt,
 - a) wenn eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach Absatz 2 a) bzw. b) zu erbringen haben, aber nicht, wenn nur ein Anspruch auf eine Teilzahlung besteht, oder
 - b) mit dem Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person.
- 6 Es besteht kein Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder im Rahmen des Schwere Krankheiten Schutzes.

7 Bei Zahlung einer Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind wird das Anteilguthaben nicht verringert. Wir nehmen deshalb auch keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor.

Was gilt, wenn Sie nur den Erweiterten Todesfallschutz mit uns vereinbart haben? § 4

A. Was gilt für die versicherte Person?

- 1 Wir zahlen bei Tod der versicherten Person
 - a) die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Todesfall-Leistung (die „versicherte Todesfall-Leistung“) oder, falls höher,
 - b) den Wert des Anteilguthabens.
- 2 Wenn vor dem Tod der versicherten Person durch ärztliche Atteste zweier voneinander unabhängig praktizierender qualifizierter Ärzte (§ 29) nachgewiesen wird, dass aufgrund einer fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Krankheit oder Verletzung die Lebenserwartung der versicherten Person weniger als 12 Monate beträgt, zahlen wir 70 % der versicherten Todesfall-Leistung als vorgezogene Todesfall-Leistung.
- 3 Wenn wir eine vorgezogene Todesfall-Leistung nach Absatz 2 gezahlt haben, zahlen wir bei Tod der versicherten Person
 - a) 30 % der versicherten Todesfall-Leistung oder, falls höher,
 - b) den Wert des Anteilguthabens.
- 4 Wenn wir eine Leistung für die vorgezogene Todesfall-Leistung zahlen und es besteht zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Wir nehmen aber deshalb keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor.
- 5 Wenn wir eine Leistung bei Tod der versicherten Person zahlen und es besteht zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Besteht nach dieser Leistung weiterer Schutz, nehmen wir zu dem Zeitpunkt eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und teilen Ihnen den veränderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den verbleibenden Schutz aufrechtzuerhalten (§ 32).

B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

- 1 Die leiblichen und adoptierten Kinder der versicherten Person („automatisch mitversicherte Kinder“) sind ab Ende ihres dritten Lebensmonats bis zum 18. Geburtstag für den Todesfall mitversichert. Es besteht aber kein Anspruch auf eine vorgezogene Todesfall-Leistung.
- 2 Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von
 - a) 50 % der gesamten für die Eltern des Kindes in diesem Versicherungsvertrag versicherten Todesfall-Leistung oder
 - b) € 3.750,00.

- 3 Wenn mehr als ein Kind automatisch mitversichert ist, beträgt die maximale Leistung während der Laufzeit des Versicherungsvertrags für alle automatisch mitversicherten Kinder 50 % der gesamten für die Eltern des Kindes in diesem Versicherungsvertrag versicherten Todesfall-Leistung.
- 4 Der Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder entfällt mit dem Wegfall des Erweiterten Todesfallschutzes für die versicherte Person.
- 5 Bei Zahlung einer Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind wird das Anteilguthaben nicht verringert. Wir nehmen deshalb auch keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor.

§ 5 Was gilt, wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz mit Erweitertem Todesfallschutz mit uns vereinbart haben?

- 1 Es finden grundsätzlich § 3 auf den Schwere Krankheiten Schutz und § 4 auf den Erweiterten Todesfallschutz in vollem Umfang Anwendung. Abweichungen hiervon sind im nachstehenden Absatz 2 beschrieben.
- 2 Bei Vorliegen einer versicherten schweren Krankheit oder eines Anspruchs auf Teilzahlung für eine versicherte schwere Krankheit bleibt der Erweiterte Todesfallschutz unverändert bestehen. Der Anspruch auf die versicherte Todesfall-Leistung besteht jedoch nur im Rahmen des Erweiterten Todesfallschutzes; § 3 A Absatz 4 findet keine Anwendung.

§ 6 Was gilt, wenn Sie den Erweiterten Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit mit uns vereinbart haben?

- 1 Es finden grundsätzlich § 3 auf die vorgezogene Leistung bei schwerer Krankheit und § 4 auf den Erweiterten Todesfallschutz in vollem Umfang Anwendung. Abweichungen hiervon sind in den nachstehenden Absätzen 2 bis 4 beschrieben.
- 2 Bei Vorliegen einer versicherten schweren Krankheit verringert sich die versicherte Todesfall-Leistung um die zu zahlende versicherte Leistung für Schwere Krankheiten. Dies gilt jedoch nicht bei einer Teilzahlung für eine versicherte schwere Krankheit oder bei einer Leistung für automatisch mitversicherte Kinder.
- 3 Der Schwere Krankheiten Schutz entfällt, wenn wir eine vorgezogene Todesfall-Leistung nach § 4 A Absatz 2 zu erbringen haben.
- 4 Sollte die Todesfall-Leistung nicht höher als die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten sein, entfällt der Erweiterte Todesfallschutz bei Vorliegen einer versicherten schweren Krankheit. Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

§ 7 Was gilt, wenn Sie den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz mit uns vereinbart haben?

A. Erwerbsunfähigkeitsschutz

- 1 Die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person im Sinne der Anlage 2 zu diesen Versicherungsbedingungen (die „Erwerbsunfähigkeit“) gilt als eine versicherte schwere Krankheit. § 3, § 5 bzw. § 6 sind entsprechend anwendbar. Abweichungen hiervon sind in den nachstehenden Absätzen 2 und 3 beschrieben.
- 2 Der Erwerbsunfähigkeitsschutz endet,
 - a) wenn die versicherte Person den 60. Geburtstag erreicht hat oder
 - b) bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person oder
 - c) in den gemäß § 11 Abs. 5 beschriebenen Fällen.
- 3 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Erwerbsunfähigkeitsschutz.

B. Pflegeschutz

- 1 Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne der Anlage 2 zu diesen Versicherungsbedingungen (die „Pflegebedürftigkeit“) gilt als eine versicherte schwere Krankheit. § 3, § 5 bzw. § 6 sind entsprechend anwendbar. Abweichungen hiervon sind in den nachstehenden Absätzen 2 bis 4 beschrieben.
- 2 Der Pflegeschutz entsteht erst, wenn die versicherte Person den 60. Geburtstag erreicht hat und der Schwere Krankheiten Schutz zu diesem Zeitpunkt besteht.
- 3 Der Pflegeschutz endet bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person und in den gemäß § 11 Abs. 5 beschriebenen Fällen.
- 4 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Pflegeschutz.

§ 8 Was gilt, wenn Sie den Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes mit uns vereinbart haben?

- 1 Wir zahlen bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes im Sinne der Anlage 2 zu diesen Versicherungsbedingungen die vereinbarte monatliche Rente bis zum 60. Geburtstag der versicherten Person.
- 2 Der Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes besteht nur, wenn auch der Schwere Krankheiten-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz vereinbart wurde.
- 3 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes.

- 4 Der Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes endet,
- wenn die versicherte Person den 60. Geburtstag erreicht hat oder
 - wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50 % sinkt oder
 - bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person oder
 - in den gemäß § 11 Abs. 5 beschriebenen Fällen oder
 - wenn die versicherte Person stirbt.

§ 9 Was gilt, wenn Sie die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbart haben?

- Wenn die versicherte Person arbeitsunfähig im Sinne der nachstehenden Absätze 3 und 4 geworden ist (die „Arbeitsunfähigkeit“), übernehmen wir die Beitragszahlungspflicht nach dem dritten Monat ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit ab dem darauf folgenden Monatsersten.
- Wenn zwei Personen versichert sind, besteht der Schutz nur für die in Ihrem Versicherungsschein als erste versicherte Person aufgeführte Person (die „Erste Versicherte Person“). Es besteht kein Schutz für automatisch mitversicherte Kinder.
- Arbeitsunfähigkeit liegt für den Zeitraum vor, in dem die versicherte Person
 - Krankengeld gemäß §§ 44, 46 Sozialgesetzbuch V (Stand Januar 2006) erhält, oder
 - eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 43 Sozialgesetzbuch VI (Stand Januar 2006) bzw. anderen entsprechenden Regelungen des Sozialgesetzbuches VI (Stand Januar 2006) bezieht.
- Wenn die versicherte Person nicht nach dem Sozialgesetzbuch V bzw. VI versichert ist, liegt Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vor,
 - in dem die versicherte Person eine Zahlung nach Absatz 3 a) 3 Monate ununterbrochen erhalten hätte oder nach Absatz 3 b) erhalten würde, wenn sie nach dem entsprechenden Gesetz versichert wäre, und
 - für den ein qualifizierter Arzt bestätigt, dass der für die jeweilige Zahlung notwendige Gesundheitszustand vorliegt.
- Der Schutz für Arbeitsunfähigkeit besteht nicht während der Beitragsfreistellung (§ 19) und besteht auch nicht bzw. endet, wenn die versicherte Person
 - vor der Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 3 bzw. 4 arbeitslos war bzw. keine berufliche Tätigkeit ausgeübt hat,
 - eine berufliche Tätigkeit im vollen oder teilweisen Umfang ausübt,
 - nicht mehr im Sinne von Absatz 3 bzw. 4 arbeitsunfähig ist,
 - eine altersbedingte Rente von einem gesetzlichen Träger der Rentenversicherung erhält,
 - den 65. Geburtstag erreicht hat oder
 - stirbt.

§ 10 Was gilt, wenn zwei Personen versichert sind?

- Es besteht ein einheitlicher Versicherungsvertrag, der nicht zwischen den versicherten Personen aufgeteilt werden kann. Dies gilt insbesondere auch für die Beitragszahlungspflicht und das Anteilguthaben.
- Es besteht aber für jede versicherte Person ein gesonderter Schutz und Anspruch auf Leistung im Versicherungsfall. Wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person eintritt, verringert sich der Schutz für die andere Person dadurch nicht. Es gelten aber folgende Besonderheiten:
 - Die Zuteilung von Fondsanteilen hängt vom Alter der älteren versicherten Person bei Versicherungsbeginn ab (§ 24). Auch wenn der Schutz für die ältere Person entfällt, gilt der entsprechende Zuteilungssatz weiterhin für die verbleibende jüngere versicherte Person.
 - Wenn die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart wird, besteht der Schutz nur für die Erste Versicherte Person (§ 9). Auch wenn der Schutz für die Erste Versicherte Person entfällt, besteht kein Schutz für die verbleibende versicherte Person.
 - Wenn die planmäßige Erhöhung der Leistungen vereinbart wird, endet die planmäßige Erhöhung bei Erreichen des 65. Geburtstags der älteren versicherten Person (§ 18). Wenn der Schutz für die ältere versicherte Person entfällt, endet die planmäßige Erhöhung bei Erreichen des 65. Geburtstags der verbleibenden jüngeren versicherten Person.
 - Bei einer Veränderung der Ziellaufzeit gemäß § 21 Absatz 2 ist das Alter der älteren versicherten Person maßgeblich. Wenn der Schutz für die ältere versicherte Person entfällt, ist jedoch das Alter der verbleibenden jüngeren versicherten Person maßgeblich.
 - Die Termine für die planmäßige Vertragsüberprüfung ab dem 65. Geburtstag hängen vom Alter der älteren versicherten Person ab (§ 32 Absatz 2). Wenn der Schutz für die ältere Person entfällt, hängen diese Termine aber danach vom Alter der verbleibenden jüngeren versicherten Person ab.
- Wenn wir eine Leistung für eine der versicherten Personen zahlen und es besteht zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Wir nehmen zu dem Zeitpunkt eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und teilen Ihnen den veränderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den vereinbarten Schutz für die verbleibende versicherte Person aufrechtzuerhalten (§ 32).

§ 11 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- Grundsätzlich leisten wir für Leistungsfälle, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir gewähren Versicherungsschutz auch dann, wenn der Leistungsfall bei der versicherten Person bzw.

dem automatisch mitversicherten Kind in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen eingetreten ist. Wir werden aber nicht leisten, wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person bzw. ein automatisch mitversichertes Kind verursacht worden ist

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens von Ihnen oder einer versicherten Person bzw. des automatisch mitversicherten Kindes;
 - b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall oder absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person bzw. des automatisch mitversicherten Kindes; es gilt auch als absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, wenn die versicherte Person bzw. die Eltern oder der Vormund der minderjährigen versicherten Person bzw. des automatisch mitversicherten Kindes es unterlassen hat bzw. haben, ärztlichen Rat zu suchen oder zu befolgen; wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
 - c) durch Selbsttötung innerhalb von drei Jahren nach Beginn des Schutzes oder nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil; wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Selbsttötung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist;
 - d) ganz oder teilweise durch eine Ansteckung mit einem HIV-Immunschwächevirus oder wenn der Versicherungsfall in Zusammenhang mit einem erworbenen Immundefektsyndrom (Aids) oder einer ähnlichen Immunschwäche-Krankheit oder einem damit verbundenen Syndrom steht; wir werden aber leisten,
 - > wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz mit uns vereinbart haben und die in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen für eine Leistung bei „HIV-Infektion durch Bluttransfusion“ oder „HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten“ erfüllt worden sind; oder
 - > im Todesfall, wenn nachgewiesen wird, dass die Ansteckung mit HIV nach Beginn des Schutzes oder, bezogen auf den erhöhten Teil, nach Erhöhung des Schutzes entstanden ist;
 - e) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgte.
- 2** Unsere Leistungspflicht beschränkt sich auf die Auszahlung des für den Tag des Leistungseintritts gemäß § 26 zu berechnenden Anteilguthabens, wenn der Leistungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind eingetreten ist aufgrund unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- a) kriegerischen Ereignissen oder feindseligen Handlungen. Unter feindseligen Handlungen sind Angriffe oder Terrorakte zu verstehen, die auf einen Staat, eine Gesellschaft,

unbestimmte Teile einer Bevölkerung oder deren Eigentum, Organe, Symbole oder wirtschaftliche Grundlagen erfolgen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn der Leistungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind unmittelbar oder mittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten 10 Tage nach Ausbruch der kriegerischen Ereignisse oder feindseligen Handlungen ereignen, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt waren.

- 3** Außer im Todesfall leisten wir auch dann nicht, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch eingetreten ist; wir leisten aber, wenn die Medikamente, die zur Abhängigkeit geführt haben, durch einen qualifizierten Arzt verschrieben und unter dessen Anleitung eingenommen wurden.
- 4** Weitere folgende Ausschlüsse gelten für automatisch mitversicherte Kinder:
 - a) Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall bei einer versicherten schweren Krankheit durch einen Gesundheitszustand eingetreten ist, welcher vor dem 1. Geburtstag des Kindes, auch wenn unbekannt, schon bestanden hat oder wenn dieser Zustand einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war.
 - b) Wir leisten nicht im Todesfall, wenn der Tod durch einen Gesundheitszustand eingetreten ist, welcher vor Ende des dritten Lebensmonats des Kindes, auch wenn unbekannt, schon bestanden hat oder wenn dieser Zustand einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war.
- 5** Falls wir mit Ihnen den Erwerbsunfähigkeits- und Pflege-schutz und ggf. Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes vereinbart haben, entfällt dieser Versicherungsschutz, wenn und sobald die versicherte Person ihre Berufstätigkeit innerhalb der Europäischen Union bzw. OECD-Staaten (jeweils Stand Januar 2005) durch Wegzug aus diesen Staaten nicht nur vorübergehend aufgibt. Dabei gilt als nicht nur vorübergehende Aufgabe der Berufstätigkeit, wenn sich die versicherte Person mehr als 6 Monate ständig außerhalb dieser Staaten aufhält. Eine Verlegung der Berufstätigkeit außerhalb der Staaten der EU oder OECD ist uns unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherungsschutz kann mit unserer Zustimmung wieder begründet werden. Mit Beendigung des Versicherungsschutzes sind auch keine weiteren Risikobeiträge für Erwerbsunfähigkeits- und Pflege-schutz und ggf. Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes mehr fällig.
- 6** Falls bei Vertragsabschluss gefahrenerhebliche Umstände wegen Unkenntnis oder unverschuldet nicht angezeigt wurden, so sind wir nach §41 VVG berechtigt, aufgrund des erhöhten Risikos den Beitrag zu erhöhen oder die Versicherung zu kündigen. Auf diese Rechte und damit

auf die Anwendung des §41 VVG verzichten wir jedoch hiermit.

- 7 Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Krankheiten; diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

§ 12 Welche Bedeutung haben die von uns bei Vertragsabschluss, insbesondere im Versicherungsantrag, gestellten Fragen?

- 1 Wir übernehmen den Schutz im Vertrauen darauf, dass Sie und die versicherte(n) Person(en) alle in Verbindung mit dem Versicherungsantrag gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben. Das gilt insbesondere für Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie in Bezug auf Rauchen, Berufstätigkeit und Freizeitgewohnheiten.
- 2 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Schutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder einer versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir innerhalb von drei Jahren seit Vertragsabschluss vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Bei Eintritt des Versicherungsfalls während der ersten drei Jahre können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Den Rücktritt können wir aber nur innerhalb eines Monats erklären, nachdem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht Kenntnis erhalten haben. Wenn uns nachgewiesen wird, dass die falschen oder unvollständigen Angaben schuldlos gemacht worden sind, ist unser Rücktritt gegenstandslos. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen, wenn die verschwiegenen Umstände nachweislich keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalls oder den Umfang unserer Leistung gehabt haben.
- 3 Falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist, können wir den Versicherungsvertrag auch anfechten. Sind Sie als Versicherungsnehmer nicht zugleich versicherte Person und handelt es sich um unrichtige oder falsche Angaben einer versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von dem Fehlverhalten der versicherten Person keine Kenntnis hatten.
- 4 Wenn Ihr Versicherungsvertrag durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, zahlen wir den Wert des Anteilguthabens, jedoch nicht mehr als die Summe der bis zum Rücktritt oder zur Anfechtung eingezahlten Beiträge. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
- 5 Wenn Sie sterben und keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod der Be-

zugsberechtigte als bevollmächtigt, eine Rücktritts- oder Anfechtungserklärung entgegenzunehmen. Ist ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder können wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln, dürfen wir den Inhaber des Versicherungsscheins als Bevollmächtigten behandeln.

§ 13 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen?

Sie sind nicht dazu verpflichtet, uns eine bei Vertragsabschluss für uns nicht vorhersehbare Erhöhung des Risikos (z.B. durch die Ausübung eines neuen Berufs, die Aufnahme des Rauchens oder einer neuen Freizeitaktivität) nach Versicherungsbeginn gemäß § 23 bis 27 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mitzuteilen, es sei denn, dass wir eine erneute Risikoprüfung durchführen (z.B. bei Vertragsänderung). Die Anzeigepflicht gemäß § 11 Absatz 5 bleibt jedoch davon unberührt.

§ 14 Wann beginnt und endet Ihr Schutz? Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?

- 1 Ihr Schutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den ersten laufenden Beitrag („Einlösungsbeitrag“) gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt aber nicht vor dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 2 Grundsätzlich besteht Ihr Schutz während der Laufzeit des Versicherungsvertrags. Wenn Sie aber die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, besteht dieser Schutz nicht während der Beitragsfreistellung.
- 3 Ihr Schutz endet in den in diesen Versicherungsbedingungen gesondert geregelten Fällen sowie in jedem Fall bei Beendigung des Versicherungsvertrags.
- 4 Ihr Versicherungsvertrag besteht auf unbestimmte Zeit und endet, wenn
 - a) der Versicherungsfall eingetreten ist, wir die versicherte Leistung gezahlt haben und kein weiterer Schutz vereinbart ist;
 - b) das Anteilguthaben sich während der Beitragsfreistellung auf null verringert;
 - c) Sie die Beitragshöhe ohne eine vorherige außerplanmäßige Vertragsüberprüfung nach § 21 Absatz 5 verringern und das Anteilguthaben sich vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert;
 - d) Sie sich bei einer Vertragsüberprüfung für eine andere als in § 32 Absatz 7 beschriebene Möglichkeit entscheiden und das Anteilguthaben sich vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert; wenn zu dem Zeitpunkt Ihrer Wahl das Anteilguthaben null beträgt oder nur ein Sollsaldo zum Anteilguthaben (§ 31 Absatz 6) besteht, endet der Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung;
 - e) Sie den Versicherungsvertrag kündigen oder
 - f) wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten oder ihn anfechten (§ 12).

5 Bitte beachten Sie aber, dass wir bei der Berechnung Ihres Beitrags die von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählte Ziellaufzeit (§ 32 Absatz 1) bzw. die zu einem späteren Zeitpunkt nach § 21 geänderte Ziellaufzeit für den Versicherungsvertrag zugrunde gelegt haben.

§ 15 Wie und bis wann können Sie dem Zustandekommen des Versicherungsvertrags widersprechen?

- 1 Mit dem Versicherungsschein übersenden wir Ihnen die Versicherungsbedingungen und die Verbraucherinformationen. Sie können dem Zustandekommen des Versicherungsvertrags innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt dieser Unterlagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs an uns.
- 2 Widersprechen Sie nicht innerhalb der Frist, gilt der Versicherungsvertrag auf der Grundlage des Antrags, des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und der Verbraucherinformationen als abgeschlossen.

§ 16 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

- 1 Der Einlösungsbeitrag ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Versicherungsbeginn; wenn Sie nach Beitragszahlung Ihr Widerspruchsrecht gemäß § 15 ausüben, erstatten wir den Einlösungsbeitrag kostenfrei zurück. Alle weiteren Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsweise während der Dauer des Versicherungsvertrags zum jeweiligen Fälligkeitstag zu zahlen.
- 2 Beiträge können nur im Wege des Lastschriftverfahrens gezahlt werden. Ihre Zahlungen werden so behandelt, als seien sie zum jeweiligen Fälligkeitstag erfolgt, es sei denn, die Lastschrift wird nicht eingelöst. Wird eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet. Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir etwaige rückständige Beiträge verrechnen.
- 3 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Es gilt als Rücktritt, wenn wir unseren Anspruch nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen.
- 4 Wenn Sie weitere fällige Beiträge nach dem Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, senden wir Ihnen eine Mahnung, in der wir Ihnen eine Zahlungsfrist von zwei Wochen setzen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb dieser Frist, entfällt oder verringert sich der vereinbarte Schutz. Auf die entsprechenden Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung hinweisen.

5 Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bis zur Feststellung des Versicherungsfalls (§ 29 Absatz 9) entrichten, es sei denn, Sie haben den Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt oder wir haben die Beitragszahlungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit, falls vereinbart, für Sie übernommen.

6 Nach Feststellung des Versicherungsfalls besteht die Beitragszahlungspflicht nur, wenn danach weiterer Schutz besteht und der Versicherungsvertrag nicht beitragsfrei gestellt worden ist bzw. wir nicht die Beitragszahlungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit, falls vereinbart, für Sie übernommen haben. Die von Ihnen nach Feststellung des Versicherungsfalls zu entrichtenden Beiträge können sich aufgrund einer außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung (§ 32) ändern. Sofern keine Beitragszahlungspflicht nach Feststellung des Versicherungsfalls besteht und wir Beiträge von Ihnen seit Eintritt des Versicherungsfalls erhalten haben, werden wir diese zuzüglich 4 % Zinsen p.a. an Sie zurückzahlen.

§ 17 Können Sie die Zahlungsweise oder Beitragshöhe ändern?

- 1 Sie können die in Ihrem Versicherungsschein angegebene Zahlungsweise ändern, vorausgesetzt, dass bei der neuen Zahlungsweise an einem Jahrestag des in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns (ein „Jahrestag“) weiterhin eine Beitragszahlung fällig ist und Sie eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise wählen.
- 2 Wenn Sie eine Änderung der Zahlungsweise wünschen, müssen Sie uns dies mindestens einen Monat vor dem gewünschten Zeitpunkt der Änderung unter Angabe der gewünschten neuen Zahlungsweise schriftlich mitteilen. Die neue Zahlungsweise wird dann zu diesem Fälligkeitstag wirksam.
- 3 Sie können die in Ihrem Versicherungsschein angegebene Beitragshöhe nur im Rahmen des § 21 ändern.

§ 18 Was gilt, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Leistungen mit uns vereinbart haben?

- 1 Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Leistungen (die „planmäßige Erhöhung“) vereinbart haben, steigen diese um jeweils 3 % zu jedem Jahrestag. Der Beitrag erhöht sich entsprechend der höheren Risikokosten, die gemäß § 32 Absatz 1 festgelegt werden. Wir verlangen keine erneute Risikoprüfung für den dadurch erhöhten Schutz.
- 2 Die planmäßige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Wochen nach dem Jahrestag widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Jahrestag zahlen. Wenn Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, endet Ihr Recht auf weitere planmäßige Erhöhung.

- 3 Wir werden Sie rechtzeitig vor jedem Jahrestag über diese Erhöhung, den neuen Beitrag sowie Ihr Recht zum Widerspruch schriftlich informieren.
- 4 Bei Eintritt eines Versicherungsfalls, nach dem weiterer Schutz besteht, findet die planmäßige Erhöhung in Bezug auf die ggf. verringerte(n) versicherte(n) Leistung(en) Anwendung.
- 5 Die planmäßige Erhöhung endet mit der Beitragsfreistellung. Sie lebt aber wieder auf, wenn Sie zur Zahlung der Beiträge zurückkehren, jedoch nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsfreistellung.
- 6 Die planmäßige Erhöhung endet endgültig mit Eintritt des Leistungsfalls bei Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes (§ 8) oder Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9).
- 7 Die planmäßige Erhöhung endet, wenn die versicherte Person bzw. die ältere der versicherten Personen den 65. Geburtstag erreicht hat.
- 8 Alle für Ihren Versicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die auf planmäßige Erhöhung entfallenden Teile.

§ 19 Können Sie den Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen?

- 1 Sie können den Versicherungsvertrag jederzeit zum nächsten Fälligkeitstag, frühestens jedoch zum ersten Jahrestag nach Versicherungsbeginn, beitragsfrei stellen, vorausgesetzt, dass das Anteilguthaben zu Beginn der Beitragsfreistellung mindestens € 500,00 beträgt.
- 2 Während der Beitragsfreistellung gilt Folgendes:
 - a) Ihre Pflicht zur Beitragszahlung entfällt.
 - b) Wenn die planmäßige Erhöhung zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vereinbart war, wird diese ausgesetzt.
 - c) Sie haben kein Recht, von der Nachversicherungsgarantie gemäß § 22 Gebrauch zu machen.
 - d) Es wird kein Treuebonus gewährt (§ 28).
 - e) Alle Vertragskosten (§ 31) – außer ggf. den Risikokosten für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit – werden weiterhin erhoben.
 - f) Wenn Sie die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9) mit uns vereinbart haben, besteht dieser Schutz nicht.
 - g) Aber jeder andere vereinbarte Schutz besteht, bis sich das Anteilguthaben auf null verringert; zu diesem Zeitpunkt endet auch der Versicherungsvertrag.
 - h) Wir nehmen keine planmäßigen Vertragsüberprüfungen vor.
- 3 Sie können jederzeit vor Ende des Versicherungsvertrags zur Zahlung der Beiträge zurückkehren. Sie müssen uns dies mindestens einen Monat vor dem entsprechenden Fälligkeitstag mitteilen. Wenn die planmäßige Erhöhung bzw. der Schutz für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung bestanden, leben diese ebenso wie der Anspruch auf Treueboni wieder auf, aber nicht rückwirkend für den Zeitraum der

Beitragsfreistellung. Das Recht, von der Nachversicherungsgarantie nach § 22 Gebrauch zu machen, lebt aber nicht wieder auf.

- 4 Wir werden bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vornehmen und Ihnen den ggf. neuen (erhöhten) Beitrag mitteilen, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den vereinbarten Schutz aufrechtzuerhalten.

§ 20 Können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen? Welche Rechtsfolgen hat eine Kündigung?

- 1 Sie können Ihren Versicherungsvertrag jederzeit durch schriftliche Erklärung kündigen.
- 2 Kündigungen hinsichtlich eines Teilbetrags sind möglich, wenn der betroffene Teilbetrag Ihres Anteilguthabens mindestens € 250,00 und Ihr verbleibendes Anteilguthaben mindestens € 500,00 betragen. Wir nennen auch die Kündigung hinsichtlich eines Teilbetrags („Teilkündigung“) kurz Kündigung und behandeln sie als solche.
- 3 Die Kündigung wird zum ersten Werktag nach dem Tag des Eingangs Ihrer schriftlichen Kündigungserklärung an uns wirksam, es sei denn, Sie teilen uns einen späteren Termin mit, an dem die Kündigung wirksam werden soll.
- 4 Bei Kündigung zahlen wir Ihnen den Wert Ihres Anteilguthabens oder des auf die Kündigung entfallenden Teils hiervon, jedoch nicht mehr als die Summe der bis zur Kündigung eingezahlten Beiträge. Bis zum Ablauf des dritten Jahrestags erheben wir zur teilweisen Abdeckung unserer allgemeinen Abschluss- und Verwaltungskosten einen Stornoabzug in Höhe des ggf. vorhandenen Anteilguthabens, so dass Sie in diesem Zeitraum bei Kündigung keine Auszahlung von uns erhalten. Die Rückzahlung der von Ihnen geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.
- 5 Wir werden bei Teilkündigung eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vornehmen und Ihnen einen ggf. neuen (erhöhten) Beitrag mitteilen, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den vereinbarten Schutz aufrechtzuerhalten.

§ 21 Können Sie den vereinbarten Schutz ändern? Können Sie die gewählte Ziellaufzeit ändern? Können Sie die Beitragshöhe ändern, ohne den Schutz zu ändern?

- 1 Sie können jederzeit eine Änderung der Höhe eines bestehenden Schutzes im Rahmen der in den nachstehenden Absätzen 8 bis 10 genannten Grenzen beantragen. Wenn die zuletzt von Ihnen gewählte Ziellaufzeit abgelaufen ist, müssen Sie uns zugleich eine neue Ziellaufzeit nach Absatz 2 mitteilen. Eine Erhöhung des Todesfallschutzes ist nur möglich, wenn Sie den Erweiterten Todesfallschutz (§§ 4 bis 6) mit uns vereinbart haben. Eine Änderung des Schutzes für automatisch mitversicherte Kinder können Sie nicht beantragen; eine Änderung deren Schutzes kann

sich aber durch eine Änderung des Schutzes für die versicherte Person ergeben.

- 2 Sie können jederzeit, auch gleichzeitig mit einer Änderung der Höhe eines bestehenden Schutzes, die von Ihnen gewählte Ziellaufzeit ändern, die wir als Grundlage für die Berechnung Ihres Beitrags gemäß § 32 verwenden sollen. Dabei muss das Ende der neuen gewünschten Ziellaufzeit
 - a) auf einen Jahrestag fallen,
 - b) mindestens 12 Jahre nach Versicherungsbeginn liegen und
 - c) darf nicht später als an dem 100. Geburtstag der versicherten Person bzw. älteren versicherten Person liegen.
- 3 Mit Ausnahme der in Absatz 5 beschriebenen Änderung nehmen wir bei einer Änderung des Schutzes bzw. der Ziellaufzeit eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor, berechnen den für den veränderten Schutz bzw. die veränderte Ziellaufzeit nach unserer Einschätzung notwendigen Beitrag gemäß § 32 und teilen Ihnen diesen mit.
- 4 Wenn Sie die Voraussetzungen unserer Nachversicherungsgarantie (§ 22) nicht erfüllen, hängt unsere Zustimmung zu einer beantragten Erhöhung des Schutzes von unserer Einschätzung einer erneuten Risikoprüfung ab.
- 5 Wenn ein Anteilguthaben besteht, können Sie jederzeit die Beitragshöhe im Rahmen der im nachstehenden Absatz 8 genannten Grenzen verringern, ohne den Schutz zu ändern. In diesem Fall nehmen wir keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und Ihr Versicherungsvertrag endet, wenn sich das Anteilguthaben vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert.
- 6 Sie können nicht die Beitragshöhe erhöhen, ohne den Schutz zu erhöhen, es sei denn, dass wir Ihnen im Rahmen einer Vertragsüberprüfung mitteilen, dass eine solche Erhöhung nach unserer Einschätzung notwendig ist, um den vereinbarten Schutz aufrechtzuerhalten.
- 7 Sie müssen uns eine gewünschte Änderung nach diesem § 21 mindestens einen Monat vor dem nächsten Fälligkeitstag mitteilen. Die gewünschte Änderung wird zu diesem Termin wirksam, es sei denn, eine beantragte Erhöhung des Schutzes hängt von unserer Zustimmung ab. In diesem Fall wird die Erhöhung zum nächsten Fälligkeitstag nach unserer schriftlichen Zustimmung wirksam.
- 8 Es sind folgende Mindestbeiträge bzw. Mindeständerungen der Beitragshöhe für die jeweilige Zahlungsweise zu beachten:

Zahlungsweise	Mindestbeitrag insgesamt	Mindeständerung der Beitragshöhe
Monatlich	€ 30,00	€ 7,00
Vierteljährlich	€ 90,00	€ 21,00
Halbjährlich	€ 180,00	€ 42,00
Jährlich	€ 360,00	€ 84,00

- 9 Wenn Sie den Erweiterten Todesfallschutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit (§ 6) mit uns vereinbart haben, darf die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten nicht die versicherte Todesfall-Leistung übersteigen.

- 10 Der gesamte Versicherungsschutz, der für eine versicherte Person durch mit uns bestehende Versicherungsverträge abgesichert ist, darf die folgenden Höchst- und Mindestgrenzen nicht über- bzw. unterschreiten:

Art der versicherten Leistung	Höchstgrenze	Mindestgrenze
Versicherte Todesfall-Leistung	€ 5.000.000,00	€ 10.000,00
Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten	€ 1.000.000,00	€ 10.000,00

- 11 Sollten Sie eine Vertragsänderung nach diesem § 21 mehr als zweimal in einem Versicherungsjahr beantragen, können wir für die Änderung eine dem Aufwand angemessene Gebühr verlangen, die vor Durchführung der Änderung von Ihnen zu entrichten ist.

§ 22 Wann können Sie Ihren Schutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

- 1 Sie können im Rahmen des § 21 und der nachstehenden Absätze 2 bis 3 den für eine versicherte Person bestehenden Schutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen („Nachversicherungsgarantie“) bei
 - a) Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, wobei die Heirat eines früheren Ehepartners bzw. Registrierung mit einem früheren Lebenspartner ausgeschlossen ist. Als Nachweis ist die Heirats- bzw. die Registrierurkunde einzureichen.
Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von € 100.000,00 oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - b) Geburt oder Adoption eines Kindes der versicherten Person. Als Nachweis ist die Geburtsurkunde bzw. der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen.
Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von € 25.000,00 oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - c) Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu eigenen Wohnzwecken durch die versicherte Person. Als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen.
Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von € 100.000,00 oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - d) erstmaliger Aufnahme einer selbständigen Tätigkeit durch die versicherte Person als Apotheker, Architekt, Arzt, Handwerksmeister, Notar, Rechtsanwalt, Steuerberater und/oder Wirtschaftsprüfer. Als Nachweis ist die Bestätigung der

Mitgliedschaft in der entsprechenden Kammer und/oder die Gewerbeanmeldung vorzulegen.

Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von € 25.000,00 oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

- e) Gehaltssteigerung (Bruttowert) bei angestellten Arbeitnehmern. Als Nachweis sind die Bestätigung durch den Arbeitgeber hinsichtlich des Zeitpunkts und der Höhe der Gehaltssteigerung sowie eine Gehaltsabrechnung einzureichen.

Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von dem Fünffachen der Steigerung des Jahresgehalts oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung.

- f) Betriebswertsteigerung bei Zunahme des Wertes eines Unternehmens, an dem die versicherte Person wirtschaftlich beteiligt ist. Als Nachweis ist eine Bestätigung eines unabhängigen Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters, dass der Wert der Beteiligung der versicherten Person an dem Unternehmen seit Beginn des letzten Versicherungsjahres zugenommen hat, einzureichen.

Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag der Wertsteigerung von € 100.000,00 oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

- g) erhöhtem Deckungsbedarf der Keyperson-Versicherung zur Absicherung des einem Unternehmen drohenden Verlustes bei Tod oder schwerer Erkrankung der versicherten Person. Als Nachweis ist eine Bestätigung eines unabhängigen Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters, dass der Deckungsbedarf seit Beginn des letzten Versicherungsjahres zugenommen hat, einzureichen.

Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag einer Wertsteigerung in Höhe von € 100.000,00 oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung.

Die Nachversicherungsgarantie besteht, sofern Sie dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses ausüben.

- 2 Die Nachversicherungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Erhöhung voraus, dass

- die versicherte Person nicht älter als 50 Jahre ist,
- keine Beitragsfreistellung vorgenommen worden ist und wir keine Leistung aufgrund von Berufsunfähigkeit bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes oder aufgrund von Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit erbringen,
- die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie für das jeweilige Ereignis weder in Bezug auf diesen noch auf einen anderen mit uns bestehenden Versicherungsvertrag ausgeübt worden ist,
- der Versicherungsfall für die zu erhöhende Leistung noch nicht eingetreten ist bzw. dessen Eintritt nach Ihrer Kenntnis oder nach Kenntnis der versicherten Person nicht vorhersehbar ist.

Die maximale Summe der gesamten Erhöhungen, ob der versicherten Leistung für Schwere Krankheiten oder der versicherten Todesfall-Leistung, die im Rahmen der Nachversi-

cherungsgarantie in allen mit uns bestehenden Versicherungsverträgen für die versicherte Person erfolgen können, beträgt € 150.000,00.

- 3 Wir berechnen den für den erhöhten Schutz nach unserer Einschätzung notwendigen Beitrag gemäß § 32 (Vertragsüberprüfung) und teilen Ihnen diesen mit.

Der Vertrag ändert sich aufgrund der Inanspruchnahme einer Nachversicherungsgarantie nur in Bezug auf die jeweilige Versicherungssumme und ggf. auf die Beitragshöhe, bleibt ansonsten aber in unverändertem Umfang bestehen.

§ 23 In welchen Fonds wird Ihr Beitrag angelegt?

Wie sind Sie an ihm beteiligt?

Wie wird der Fonds verwaltet?

- 1 Wir investieren Ihre Beiträge in den Setanta Managed Fonds (der „Fonds“). Dieser Fonds ist ein interner Fonds der Canada Life Assurance Europe Limited, der in Fondsanteile von gleichem Wert aufgeteilt ist. Der Fonds wird nicht an einer öffentlichen Börse gehandelt. Wir haben das Recht, den Fonds jederzeit mit einem anderen unserer internen Fonds zusammenzufassen oder zu unterteilen, jedoch nur so, dass dadurch für Ihr Anteilgut haben keine Wertänderungen entstehen.

- 2 Sie haben kein unmittelbares Anrecht auf die Fondsanteile oder die in dem Fonds enthaltenen Vermögenswerte und können die Übertragung der Fondsanteile nicht verlangen. Sie haben im Rahmen des Versicherungsvertrags weiterhin nicht die Möglichkeit, sich an anderen Canada Life Fonds zu beteiligen, es sei denn, wir bieten Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt andere Fonds an.

- 3 Der Fonds wird durch eine Fondsmanagement-Gesellschaft (der „Fondsmanager“) verwaltet. Den Namen des Fondsmanagers werden wir Ihnen bei Übersendung des Versicherungsscheins sowie bei späteren Änderungen mitteilen. Die Auswahl des Fondsmanagers werden wir mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns treffen.

- 4 Das Vermögen des Fonds wird in Abstimmung mit dem von uns beauftragten Fondsmanager wie folgt investiert:

- Maximal 90 % des Vermögens des Fonds werden zeitgleich in nationale und internationale Aktien und Grundstücke investiert.
- Mindestens 10 % des Vermögens des Fonds müssen aus festverzinslichen Wertpapieren, Bargeld oder Depositionen bestehen.
- Mindestens 10 % des Vermögens müssen in Euro notiert sein.

§ 24 Wie erfolgt die Zuteilung der Fondsanteile für Ihre Beiträge?

- 1 Für Ihre Beiträge werden Ihrem Versicherungsvertrag Fondsanteile an dem Fonds nach Maßgabe der nachstehenden Absätze sowie dem sich aus den §§ 25 bis 27 ergebenden Kurs zugeteilt. Sofern ein Beitrag oder Teil eines Beitrags nicht zur Zuteilung von Fondsanteilen verwendet

wird, dient dieser der Tilgung der Abschluss- und allgemeinen Verwaltungskosten (§ 31 Absatz 1). Soweit das Alter der versicherten Person bei der Zuteilung von Anteilen gemäß Absätze 3 und 4 zu berücksichtigen ist, runden wir immer auf den nächsten Geburtstag nach dem maßgeblichen Stichtag für die Berechnung der Zuteilung auf.

- 2 Mit Ausnahme der in Absatz 3 beschriebenen Fälle werden Ihrem Versicherungsvertrag während des Einrichtungszeitraums keine Fondsanteile zugeteilt. Die Dauer des Einrichtungszeitraums richtet sich nach der bei Vertragsabschluss vereinbarten Höhe der im ersten Jahr ab Versicherungsbeginn (das „Erste Versicherungsjahr“) insgesamt fälligen Beiträge wie folgt:

Höhe der für das Erste Versicherungsjahr insgesamt fälligen Beiträge	Dauer des Einrichtungszeitraums in Monaten ab Versicherungsbeginn
Weniger als € 780,00	42
€ 780,00 oder höher	36

- 3 Wir verwenden für jedes Lebensjahr, das die versicherte Person bei Versicherungsbeginn älter als 40 Jahre ist, 3 % der im ersten Versicherungsjahr insgesamt fälligen Beiträge für die Zuteilung von Fondsanteilen, begrenzt auf einen maximalen Zuteilungssatz von 90 % der im Ersten Versicherungsjahr insgesamt fälligen Beiträge. Sofern die versicherte Person bei Versicherungsbeginn 40 Jahre oder jünger ist, bleibt es bei der Regelung von Absatz 2, wonach keine Fondsanteile zugeteilt werden.
- 4 Nach Ablauf des Einrichtungszeitraums verwenden wir die Beiträge zu folgenden Prozentsätzen – abhängig von dem Alter der versicherten Person bzw. der älteren versicherten Person bei Versicherungsbeginn – für die Zuteilung von Fondsanteilen:

Alter der (älteren) versicherten Person bei Versicherungsbeginn	Prozentsatz für Zuteilung
Unter 35 Jahre	96 %
35 Jahre bis zu 44 Jahre	97 %
45 Jahre bis zu 54 Jahre	98 %
55 Jahre bis zu 64 Jahre	99 %
65 Jahre oder älter	100 %

- 5 Wenn die Beiträge sich aufgrund der planmäßigen Erhöhung, einer Vertragsänderung oder im Rahmen einer Vertragsüberprüfung erhöhen, erfolgt die Zuteilung für jeden Erhöhungsbetrag aufgrund der in den Absätzen 2 bis 4 festgelegten Regeln. Im Rahmen von Absatz 2 gilt die ursprüngliche Dauer des Einrichtungszeitraums weiterhin für die Beiträge in bisheriger Höhe; für Erhöhungsbeträge hängt die Dauer des Einrichtungszeitraums jedoch von dem sich durch die Erhöhung ergebenden, in dem jeweiligen Versicherungsjahr insgesamt fälligen Beitrag ab. Im Rahmen der Absätze 3 und 4 ist das Alter der versicherten Person bzw. der älteren versicherten Person

bei Versicherungsbeginn und nicht zum Zeitpunkt der Erhöhung maßgeblich. Die Sätze 2 und 3 gelten bei mehreren Erhöhungen entsprechend.

- 6 Wenn sich die Beiträge aufgrund einer Vertragsänderung oder im Rahmen einer Vertragsüberprüfung verringern, bleibt die Dauer des Einrichtungszeitraums nach Absatz 2 hiervon unberührt.
- 7 Bei Berechnung der Anzahl der Fondsanteile, die Ihrem Versicherungsvertrag zugeteilt werden, dürfen wir auf ein Hundertstel eines Fondsanteils runden. Rundungen erfolgen gemäß kaufmännischen Regeln.

§ 25 Was ist der Unterschied zwischen dem Ausgabekurs und dem Rücknahmekurs für die Fondsanteile? Wie wird Ihr Anteilguthaben berechnet?

- 1 Die Zuteilung der Fondsanteile erfolgt zum Ausgabekurs und deren Streichung zum Rücknahmekurs (§ 27).
- 2 Der Rücknahmekurs der Fondsanteile beträgt 95 % von deren Ausgabekurs. Der Ausgabe- sowie der Rücknahmekurs werden nach § 26 ermittelt.
- 3 Der Wert Ihres Anteilguthabens errechnet sich aus der Multiplikation der Ihrem Versicherungsvertrag zum gegebenen Zeitpunkt zustehenden Fondsanteile mit dem Rücknahmekurs.

§ 26 Wie werden der Fondswert sowie der Ausgabe- und Rücknahmekurs ermittelt? Wie oft findet eine Ermittlung statt?

- 1 Der Fondswert sowie der Ausgabe- bzw. Rücknahmekurs der Fondsanteile werden unter Aufsicht des verantwortlichen Aktuars der Canada Life Assurance Europe Limited (der „Verantwortliche Aktuar“) und unter Anwendung der in den nachstehenden Absätzen 2 bis 4 festgelegten Regeln ermittelt.
- 2 Die Basis der Berechnung des Fondswerts und der Ausgabe- bzw. Rücknahmekurse hängt davon ab, ob zum Zeitpunkt der Berechnung davon ausgegangen wird, dass
 - a) der Fonds wächst, d.h. insgesamt mehr Fondsanteile herausgegeben als zurückgekauft bzw. gestrichen werden. In diesem Fall berechnen wir den Wert des dem Fonds zugrunde liegenden Vermögens gemäß Absatz 3 und, um den Fonds nicht unangemessen mit Anschaffungskosten zu belasten (und dadurch die anderen schon am Fonds beteiligten Versicherungsnehmer), zählen wir die Anschaffungskosten dieser Vermögenswerte hinzu, um den Fondswert zu erhalten (der „Ausgabe-Fondswert“). Der Ausgabekurs wird berechnet, indem der Ausgabe-Fondswert durch die Anzahl der bestehenden Fondsanteile des Fonds geteilt und das Ergebnis mit 100/95 multipliziert wird. Der Rücknahmekurs wird dann aufgrund des Ausgabekurses gemäß § 25 Absatz 2 berechnet.
 - b) der Fonds schrumpft, d.h., es werden insgesamt mehr Fondsanteile zurückgekauft bzw. gestrichen als herausgegeben. In diesem Fall berechnen wir den Wert des dem

Fonds zugrunde liegenden Vermögens gemäß Absatz 3 und, um den Fonds nicht unangemessen mit Veräußerungskosten zu belasten (und dadurch die anderen schon am Fonds beteiligten Versicherungsnehmer), ziehen wir die geschätzten Veräußerungskosten dieser Vermögenswerte ab, um den Fondswert zu erhalten (der „Rücknahme-Fondswert“).

Der Rücknahmekurs wird berechnet, indem der Rücknahme-Fondswert durch die Anzahl der bestehenden Fondsanteile des Fonds geteilt wird. Der Ausgabekurs wird dann aufgrund des Rücknahmekurses gemäß § 25 Absatz 2 berechnet.

Wir nennen den Ausgabe- bzw. Rücknahme-Fondswert kurz den „Fondswert“.

- 3 Für die Berechnung des dem Fonds zugrunde liegenden Vermögens werden folgende Werte verwandt:
 - a) Für alle im Fonds enthaltenen, an einer Börse notierten Vermögenswerte wird der an einer Börse notierte Wert zugrunde gelegt. Dabei wird unter den in Absatz 2 a) beschriebenen Umständen der Kaufpreis des notierten Wertes und unter den in Absatz 2 b) beschriebenen Umständen der Verkaufspreis des notierten Wertes verwandt.
 - b) Der Wert von allen im Fonds enthaltenen Grundstücken und Immobilien wird aufgrund von Gutachten festgelegt, die vom Fondsmanager beauftragte Gutachter erstellen und beglaubigen; dabei werden Abweichungen des Wertes, die seit der Erstellung des Gutachtens ggf. eingetreten sind, nach ordentlicher kaufmännischer Praxis berücksichtigt.
 - c) Eingegangene oder aufgelaufene Kapitalerträge, Zinsen oder Dividenden sowie noch nicht angelegtes Bargeld werden berücksichtigt.
 - d) Für alle anderen im Fonds enthaltenen Vermögenswerte (z.B. nicht notierte Aktien) wird der nach ordentlicher kaufmännischer Praxis geschätzte Wert verwandt.
 - e) Wenn ein Vermögenswert in einer anderen Währung als Euro notiert ist, werden bei der Umrechnung auf Euro die jeweils marktüblichen Wechselkurse zugrunde gelegt.
- 4 Es können innerhalb des Fonds durch die Art der Kapitalanlage externe, von uns oder dem Fondsmanager nicht beeinflussbare Kosten (z.B. Quellensteuer) entstehen. Diese werden in derselben Weise wie Fondsverwaltungskosten vom Fondswert abgezogen (§ 31 Absatz 4).
- 5 Eine Ermittlung des Ausgabe- bzw. Rücknahmekurses findet höchstens täglich und mindestens einmal pro Monat statt.
- 6 Bei der Berechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmekurses dürfen wir auf ein Hundertstel eines Euros runden. Rundungen erfolgen gemäß kaufmännischen Regeln.

§ 27 Welche Tage sind für den Kurs maßgeblich?

- 1 Für die Zuteilung der Fondsanteile legen wir den Ausgabekurs zugrunde, der an dem Tag gilt, mit dessen Wertstellung wir Ihre Beiträge erhalten; § 16 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.

2 Zur Bestimmung Ihres Anteilguthabens legen wir folgende Rücknahmekurse zugrunde:

- a) Im Versicherungsfall legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der an dem Werktag gilt, der der Feststellung des Versicherungsfalls durch uns im Sinne von § 29 Absatz 9 folgt.
- b) Bei Kündigung des Versicherungsvertrags legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der an dem auf den Eingang der Kündigungserklärung folgenden Werktag gilt.
- c) Bei Rücktritt von oder Anfechtung des Versicherungsvertrags durch uns legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der an dem Tag der Versendung der Erklärung gilt.

3 Sofern wir Kosten durch die Streichung von Anteilen erheben (§ 31), wird die Anzahl der zu streichenden Fondsanteile auf der Grundlage des Rücknahmekurses am Tag des Abzugs berechnet.

§ 28 Wann kommen Sie in den Genuss eines Treuebonus?

- 1 Wir teilen Ihrem Versicherungsvertrag zusätzliche Fondsanteile als Treuebonus nach Maßgabe der nachstehenden Absätze 2 und 3 zu. Die Anzahl der als Treuebonus zu gewährenden Fondsanteile berechnen wir als Prozentsatz der Ihrem Versicherungsvertrag am entsprechenden Jahrestag zustehenden Fondsanteile.
- 2 Am 10. Jahrestag teilen wir 5 % zusätzliche Fondsanteile als Treuebonus zu. Danach teilen wir an jedem fünften Jahrestag 5 % zusätzliche Fondsanteile als Treuebonus zu.
- 3 Einen Treuebonus gewähren wir jedoch nicht, wenn der maßgebliche Jahrestag
 - a) während der Beitragsfreistellung liegt oder
 - b) nach Kündigung Ihres Versicherungsvertrags liegt.

Wenn Sie nach Beitragsfreistellung die Beitragszahlung fortführen, werden Treueboni wieder gewährt, aber nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsbefreiung.

§ 29 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?

- 1 Sie sollten uns unverzüglich benachrichtigen, sobald Sie den Eindruck haben, dass ein Versicherungsfall vorliegen könnte. Sie müssen uns auf jeden Fall spätestens innerhalb von sechs Monaten, nachdem Sie Kenntnis vom Vorliegen des Versicherungsfalls erlangt haben, dessen Vorliegen mitteilen. Auf diese Frist können wir uns nicht berufen, wenn wir in anderer Weise innerhalb dieser Frist vom Vorliegen des Versicherungsfalls Kenntnis erlangt haben.
- 2 Die von Ihnen vorzulegenden Unterlagen und Nachweise hängen von dem Versicherungsfall ab, den Sie geltend machen wollen. Wenn nicht ausdrücklich anders geregelt, sind uns grundsätzlich Originale der jeweiligen Unterlagen vorzulegen. Diese sind für den jeweiligen Versicherungsfall unter den Absätzen 3 bis 7 nachstehend aufge-

führt. Zusätzlich zu den dort aufgeführten Unterlagen und Nachweisen können wir die Zahlung einer Leistung von der Vorlage folgender weiterer Urkunden abhängig machen:

- a) Ihres Versicherungsscheins,
 - b) einer amtlichen Geburtsurkunde der versicherten Person bzw. des automatisch mitversicherten Kindes, für welche(s) Sie eine Versicherungsleistung geltend machen, und
 - c) ggf. eines Nachweises der Adoption eines automatisch mitversicherten Kindes.
- 3** Wenn eine Todesfall-Leistung geltend gemacht wird, muss uns Folgendes für die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind vorgelegt werden:
- a) eine amtliche, Geburtstag und -ort enthaltende Sterbeurkunde und
 - b) eine ausführliche, durch einen qualifizierten Arzt oder amtlich ausgestellte Bestätigung über die Todesursache sowie ggf. Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod geführt hat.
- 4** Wenn eine vorgezogene Todesfall-Leistung geltend gemacht wird, müssen uns die in § 4 A Absatz 2 beschriebenen ärztlichen Atteste vorgelegt werden, aus denen die Art der Erkrankung, der Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der versicherten Person hervorgehen.
- 5** Wenn Leistungen wegen einer versicherten schweren Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes geltend gemacht werden, sind uns auf Ihre Kosten eine Darstellung der Ursache für das Vorliegen des Versicherungsfalles sowie ausführliche schriftliche Berichte der qualifizierten und, falls zutreffend, anderen Ärzte, welche die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Zustands einzureichen. Es müssen auch in Bezug auf gewisse versicherte Krankheiten zusätzliche Unterlagen vorgelegt werden. Diese sind unter der jeweiligen Definition der versicherten schweren Krankheit in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen aufgeführt.
- 6** Wenn eine Leistung für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht wird, muss uns Folgendes vorgelegt werden:
- a) eine Bestätigung der Krankenkasse, dass und seit wann Krankengeld nach § 44 Sozialgesetzbuch V gezahlt wird oder der Bescheid des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung über die Gewährung einer Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit bzw. die in § 9 Absatz 4 beschriebene ärztliche Bestätigung, aus der Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit hervorgehen muss,
 - b) eine Bestätigung des Arbeitgebers bzw. ein Gewerbenachweis oder anderer geeigneter Nachweis über die berufliche Tätigkeit, welche die versicherte Person bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausgeübt hat, und
- c) ggf. ein Nachweis, dass keine berufliche Tätigkeit mehr ausgeübt wird.
- 7** Wir können in Bezug auf alle geltend gemachten Versicherungsfälle außerdem weitere ärztliche Untersuchungen und Prüfungen durch von uns Beauftragte verlangen. Wir tragen die Kosten dieser weiteren Untersuchungen und Prüfungen, es sei denn, die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind hält sich außerhalb der Europäischen Union – Stand Januar 2005 – („EU“) auf und wir verlangen eine ärztliche Untersuchung durch einen in der EU qualifizierten Arzt; in diesem Fall sind die Reisekosten von Ihnen zu tragen.
- 8** Die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind bzw. ein Elternteil oder der Vormund des Kindes hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige medizinische Einrichtungen, bei denen die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind in Behandlung war oder sein wird, und Behörden sowie Träger der gesetzlichen oder privaten Kranken- und Pflegeversicherung zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.
- 9** Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und ggf. ab welchem Tag wir eine Leistungspflicht anerkennen. Dieser Tag gilt als Zeitpunkt der Feststellung des Versicherungsfalles. Für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit können wir auch ein bedingtes oder befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht abgeben.
- 10** Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind Ärzte bzw. Fachärzte, 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, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA. Wir können auch auf Antrag Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen.

§ 30 Was ist zu beachten, wenn Leistungen erbracht werden?

- 1** Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.
- 2** Im Fall der Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes (§ 8) und Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9) gilt außerdem Folgendes:
 - a) Eine Minderung der Berufsunfähigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit oder den Tod der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
 - b) Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit und ihren Umfang nachzuprüfen. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte

- Ärzte verlangen. § 29 Absatz 5 bis 7 gelten entsprechend.
- c) Wenn die Pflichten aus diesem Absatz von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt werden, können wir die Leistungen einstellen. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflichten bleiben die Ansprüche jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Pflichten später erfüllt werden, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Pflichten erfüllt werden, zur Leistung verpflichtet.
- d) Die Leistungen werden nicht mehr erbracht, wenn die Berufsunfähigkeit nach § 8 bzw. die Arbeitsunfähigkeit nach § 9 nicht mehr besteht oder der entsprechende Schutz endet.
- 3** Zahlungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person für den Versicherungsfall benannt haben. Wenn Sie sterben, ohne eine andere Person zu benennen, zahlen wir an Ihre Erben. Die Person, an die wir Zahlungen zu erbringen haben, nennen wir auch Bezugsberechtigten. Ist ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder können wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln, dürfen wir an den Inhaber des Versicherungsscheins zahlen.
- 4** Wir überweisen die versicherte Leistung bzw. vereinbarte Rente auf das vom Bezugsberechtigten benannte Girokonto. Sofern wir auf ein Girokonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Bezugsberechtigte die damit verbundenen Kosten sowie ein eventuelles Verlustrisiko.

Welche Vertragskosten fallen für Ihren § 31 Versicherungsvertrag an?

1 Abschluss- und allgemeine Verwaltungskosten

Die anfallenden Abschluss- und allgemeinen Verwaltungskosten werden beglichen durch

- die in Absatz 2 geregelte jährliche Verwaltungsgebühr,
- den bis zum Ablauf des dritten Jahrestags anzuwendenden Stornoabzug (§ 20),
- die Beiträge bzw. die Teile der Beiträge, die nicht für die Zuteilung von Fondsanteilen verwandt werden (§ 24), und
- die Differenz zwischen dem Ausgabe- und Rücknahmekurs für die Fondsanteile (§ 25).

2 Jährliche Verwaltungsgebühr

Die jährliche Verwaltungsgebühr wird gemäß Absatz 6 durch die Streichung von Fondsanteilen bei Versicherungsbeginn und danach an jedem Jahrestag erhoben. Diese Gebühr können wir erhöhen, aber nicht rückwirkend. Erhöhungen dienen ausschließlich dazu, Steigerungen bei den allgemeinen Verwaltungskosten, nicht aber bei anderen Kosten aufzufangen. Die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende jährliche Verwaltungsgebühr beträgt € 65,64. Wir teilen Ihnen gerne auf Anfrage die jeweils gültige jährliche Verwaltungsgebühr mit.

3 Risikokosten

Die Kosten für den Risikoschutz („Risikokosten“) werden gemäß Absatz 6 durch die Streichung von Fondsanteilen an jedem Monatsanfang erhoben. Bei der Erhebung der Risikokosten berücksichtigen wir die Differenz zwischen dem Wert des Anteilguthabens und der Höhe der versicherten Leistung(en) zum maßgeblichen Stichtag. Die Risikokosten werden von dem verantwortlichen Aktuar nach § 33 Absatz 1 festgelegt und können nur im Rahmen des § 33 erhöht werden.

4 Die Fondsverwaltungskosten

Wir berechnen die Fondsverwaltungskosten als jährlichen Prozentsatz des Fondswerts zum maßgeblichen Stichtag des Abzugs dieser Kosten. Die Fondsverwaltungskosten können auch unterjährig, aber nicht häufiger als täglich, abgezogen werden. Falls wir die Fondsverwaltungskosten unterjährig abziehen, wird ein im Verhältnis entsprechend geringerer Prozentsatz des Fondswerts am Tag des Abzugs berechnet. Wir können die Fondsverwaltungskosten erhöhen, aber nicht rückwirkend. Erhöhungen dienen ausschließlich dazu, Steigerungen bei den Fondsverwaltungskosten, nicht aber bei anderen Kosten aufzufangen. Die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltenden Fondsverwaltungskosten betragen 1,5 % p.a. des Fondswerts. Wir teilen Ihnen gerne auf Anfrage die jeweils gültigen Fondsverwaltungskosten mit. Die in diesem Absatz 4 sowie in § 26 Absatz 4 beschriebenen Kosten werden vom Fondswert abgezogen. Sie werden durch entsprechende Veräußerung von in dem Fonds enthaltenen Vermögenswerten beglichen und sind deswegen in dem Ausgabe- bzw. Rücknahmekurs der Fondsanteile berücksichtigt.

5 Kosten für zusätzlichen Verwaltungsaufwand

Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert, können wir Ihnen die damit verbundenen Kosten in Rechnung stellen. Dies wird in der Regel gemeinsam mit Ihrer nächsten Beitragszahlung erfolgen.

Wir können auch nach § 21 Absatz 11 eine dem Aufwand angemessene Gebühr verlangen, wenn Sie eine Vertragsänderung im Rahmen des § 21 mehr als zweimal innerhalb eines Versicherungsjahrs vornehmen möchten.

6 Verrechnung von Kosten

Sofern Kosten durch die Streichung von Fondsanteilen erhoben werden, wird die entsprechende Summe vom Fondswert abgezogen und durch Veräußerung von in dem Fonds enthaltenen Vermögenswerten beglichen. Sollte kein oder kein ausreichendes Anteilguthaben vorhanden sein, um die jeweiligen Kosten zu begleichen, entsteht ein entsprechendes Sollsaldo (ein „Sollsaldo zum Anteilguthaben“), das bei späterer Zuteilung von Fondsanteilen durch deren Streichung bis zur Rückführung des Sollsaldo ausgeglichen wird. Das Entstehen eines Sollsaldo zum Anteilguthaben führt aber nur zur Beendigung des Versicherungsvertrags in den in § 32 Absatz 7 beschriebenen Fällen.

§ 32 Wann nehmen wir eine Vertragsüberprüfung vor? Wann können wir eine erneute Risikoprüfung verlangen?

- 1 Um Ihren Beitrag bei Vertragsabschluss zu berechnen, machen wir Annahmen über die Wertentwicklung des Fonds und die Höhe der Vertragskosten über die Dauer des Versicherungsvertrags. Dabei berücksichtigen wir auch die von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählte Ziellaufzeit. Unter Anwendung dieser Annahmen würde der vereinbarte Beitrag ausreichen, um den vereinbarten Schutz bis zum Ablauf der Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Die von Ihnen gewählte Ziellaufzeit haben wir in Ihrem Versicherungsschein aufgeführt.
- 2 Die tatsächliche Wertentwicklung des Fonds und dadurch Ihres Anteilguthabens ist aber nicht vorhersehbar und Änderungen der Vertragskosten sind möglich. Wenn die Wertentwicklung des Fonds niedriger oder die Vertragskosten höher als angenommen ausfallen, wird der vereinbarte Beitrag nicht ausreichen, um den vereinbarten Schutz für die Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Wir werden deswegen innerhalb von sechs Monaten vor oder nach den folgenden Zeitpunkten („Termine für die planmäßige Vertragsüberprüfung“) eine Vertragsüberprüfung vornehmen (die „planmäßige Vertragsüberprüfung“):
 - a) erstmals am 5. Jahrestag Ihres Versicherungsbeginns (der „erste Termin für die planmäßige Vertragsüberprüfung“);
 - b) danach in Abständen von fünf Jahren am entsprechenden Jahrestag, bis die versicherte Person bzw. die ältere versicherte Person den 65. Geburtstag erreicht hat;
 - c) am ersten Jahrestag, nachdem die versicherte Person bzw. die ältere versicherte Person den 65. Geburtstag erreicht hat;
 - d) danach in jährlichen Abständen an jedem Jahrestag bis der Versicherungsvertrag endet;
 - e) unabhängig von a) bis d) nach Ablauf der zuletzt gewählten Ziellaufzeit.
- 3 Wir werden außerdem eine Vertragsüberprüfung (die „außerplanmäßige Vertragsüberprüfung“) vornehmen
 - a) innerhalb von sechs Monaten, nachdem ein Versicherungsfall für die versicherte Person (außer im Fall der Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit oder bei Anspruch auf die vorgezogene Todesfall-Leistung) eingetreten ist und Schutz danach weiterhin besteht,
 - b) innerhalb von sechs Monaten nach Teilkündigung,
 - c) innerhalb von sechs Monaten nach Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach der Beitragsfreistellung,
 - d) bei nach § 21 beantragter Veränderung der Höhe des Schutzes bzw. der Ziellaufzeit (auch bei Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie).
- 4 Bei der Vertragsüberprüfung berücksichtigen wir die bisherige tatsächliche Wertentwicklung Ihres Anteilguthabens und die angefallenen Vertragskosten sowie unsere Einschätzung der voraussichtlichen langfristigen Wertentwicklung Ihres Anteilguthabens und der zu erwartenden Vertragskosten.
- 5 Nach der Vertragsüberprüfung teilen wir Ihnen den ggf. geänderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung notwendig sein wird, um den vereinbarten Schutz unter Annahme folgender Ziellaufzeiten aufrechtzuerhalten:
 - a) bis zum Ende der von Ihnen zuletzt gewählten Ziellaufzeit, falls diese noch nicht abgelaufen ist, und
 - b) bis zum nächsten Termin für die Vertragsüberprüfung. Sofern es sich um eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung handelt, werden wir aber nur von der zuletzt gewählten bzw. der gewünschten neuen Ziellaufzeit ausgehen, es sei denn, diese ist abgelaufen; dann gehen wir von einer Ziellaufzeit bis zum nächsten Termin für die Vertragsüberprüfung gemäß Absatz 2 a) bis d) aus.
- 6 Wir werden Ihnen gleichzeitig die folgenden Möglichkeiten, soweit zutreffend, bieten, wobei wir Ihnen mitteilen werden, welche Auswirkungen dies auf die in Absatz 5 genannte(n) Ziellaufzeit(en) haben wird:
 - a) den Schutz entsprechend zu verringern und die Beitragshöhe unverändert zu lassen;
 - b) die Beitragshöhe entsprechend anzuheben und den Schutz unverändert zu lassen;
 - c) die für die gewünschte Erhöhung des Schutzes notwendige Beitragserhöhung durchzuführen;
 - d) Schutz und Beitragshöhe unverändert zu lassen oder
 - e) die Beitragshöhe unverändert zu lassen und die gewünschte Erhöhung des Schutzes durchzuführen.
- 7 Wenn Sie sich für eine Möglichkeit entscheiden, für welche wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der angegebene Beitrag ausreichen wird, um den angegebenen Schutz bis zur nächsten planmäßigen Vertragsüberprüfung aufrechtzuerhalten, bleibt der Versicherungsvertrag bis zur nächsten Vertragsüberprüfung bestehen, auch wenn ein Sollsaldo zum Anteilguthaben besteht bzw. das Anteilguthaben null beträgt oder sich das Anteilguthaben vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringern sollte.
- 8 Wenn Sie sich für eine andere als in Absatz 7 beschriebene Möglichkeit entscheiden, endet der Versicherungsvertrag, wenn das Anteilguthaben sich vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert. Wenn zu dem Zeitpunkt Ihrer Wahl das Anteilguthaben null beträgt oder nur ein Sollsaldo zum Anteilguthaben besteht, endet der Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung.
- 9 Wenn wir Ihnen eine Wahl nach Absatz 5 bzw. 6 bieten, müssen Sie uns Ihre Entscheidung innerhalb eines Monats mitteilen. Ihre Entscheidung wird dann zum nächsten Fälligkeitstag nach Mitteilung an uns bzw. im Falle einer Vertragsänderung im Rahmen von § 21 zu den in § 21 Absatz 7 Sätze 2 und 3 geregelten Zeitpunkten wirksam.
- 10 Falls Sie uns keine Entscheidung rechtzeitig mitteilen, werden wir davon ausgehen, dass Sie den vor der Vertragsüberprüfung gültigen Schutz unverändert lassen wollen und eine Ziellaufzeit bis zum nächsten Termin für die planmäßige Vertragsüberprüfung gewählt haben. Auf diese mit einer nicht rechtzeitigen Entscheidung verbundene Rechtsfolge und den sich daraus ergebenden Bei-

trag werden wir Sie in unserer Mitteilung nach Absatz 5 bzw. 6 hinweisen.

11 Wir werden bei keiner Vertragsüberprüfung eine erneute Risikoprüfung vornehmen, es sei denn, dass Sie eine Erhöhung des Schutzes außerhalb des Rahmens unserer Nachversicherungsgarantie beantragen. In diesem Umfang ist die versicherte Person durch uns lebenslang versicherbar.

§ 33 Wie werden die Risikokosten ermittelt? Können die Risikokosten oder die Beiträge von uns angehoben werden?

1 Die Höhe der Risikokosten wird von dem verantwortlichen Aktuar bei Vertragsabschluss bzw. jeder erneuten Risikoprüfung unter Berücksichtigung von folgenden Punkten festgelegt:

- a) dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kostenerhebung;
- b) dem Geschlecht der versicherten Person;
- c) ob die versicherte Person als Raucher eingeordnet wird (dieses hängt von den bei ursprünglicher Antragstellung angegebenen Informationen ab);
- d) bei Vertragsabschluss bzw. -änderung vereinbarter Risikozuschläge;
- e) der Art des vereinbarten Schutzes.

2 Da die Risikokosten mit zunehmendem Alter steigen und das Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kostenerhebung berücksichtigt wird, erhöhen sich die Risikokosten im Allgemeinen planmäßig zu jedem Jahrestag über die Laufzeit des Versicherungsvertrags. Diese Erhöhungen werden bei Vertragsabschluss bzw. jeder erneuten Risikoprüfung nach Absatz 1 festgelegt.

3 Wir können die bei Vertragsabschluss bzw. der jeweils letzten Risikoprüfung gemäß Absätze 1 und 2 festgelegten Risikokosten nur mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders erhöhen. Der unabhängige Treuhänder wird einer Erhöhung nur zustimmen, wenn die Erhöhung bei einer nicht nur vorübergehenden und nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs erforderlich ist, damit wir auf Dauer unseren Leistungsverpflichtungen aus den abgeschlossenen Versicherungsverträgen nachkommen können. Die Erhöhung der Risikokosten wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens acht Wochen vor dem Erhöhungstermin schriftlich angekündigt haben.

4 Wir werden aber für den jeweils vereinbarten Schutz keine Erhöhung des Beitrags verlangen, es sei denn im Rahmen einer planmäßigen oder außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung. Eine Erhöhung der Risikokosten führt also nicht zu einer unmittelbaren Erhöhung der Beiträge.

§ 34 Was gilt für Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Versicherungsvertrag betreffen?

1 Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die Ihren Versicherungsvertrag betreffen, werden uns gegenüber nur und

erst dann wirksam, wenn sie uns schriftlich zugegangen sind. Dies gilt auch für die Änderung Ihres Namens oder die Änderung Ihrer Postanschrift sowie entsprechende Änderungen bei weiteren Beteiligten, zum Beispiel der versicherten Person. Für Ihr Widerspruchsrecht gilt jedoch nicht Satz 1, sondern allein § 15.

2 Versicherungsvertreter und Makler sind zur Entgegennahme von Erklärungen und Mitteilungen an uns nicht bevollmächtigt.

§ 35 Sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Bis zum Ende des Versicherungsvertrags sind Sie an den Erträgen des Fonds im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen beteiligt. Eine weitergehende Überschussbeteiligung können wir Ihnen nicht gewähren.

§ 36 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 37 Welche Fristen gelten bei Meinungsverschiedenheiten?

1 Ansprüche auf Versicherungsleistungen verjähren nach fünf Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistungen erstmals verlangt werden können.

2 Wenn Sie mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden sind, können Sie innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung Ihre Ansprüche gerichtlich geltend machen. Lassen Sie die Sechsmonatsfrist verstreichen, so sind weitergehende Ansprüche ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolge werden wir Sie bei unserer Leistungsentscheidung hinweisen.

§ 38 Wo ist der Gerichtsstand?

1 Ansprüche gegen uns können in Deutschland nur bei dem für unsere deutsche Niederlassung örtlich zuständigen Gericht in Köln geltend gemacht werden. Ist Ihr Versicherungsvertrag durch Vermittlung eines Versicherungsvertreters zustande gekommen, kann auch das Gericht des Ortes angerufen werden, an dem der Vertreter zur Zeit der Vermittlung seine gewerbliche Niederlassung oder, wenn er eine solche nicht unterhielt, seinen Wohnsitz hatte.

2 Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an dem für Ihren Wohnsitz, Geschäftssitz oder Niederlassungssitz zuständigen Gericht geltend machen.

§ 39 Können die Versicherungsbedingungen oder deren Anlagen von uns geändert werden?

Mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders können wir §§ 2 bis 15, 17, 19 bis 33 sowie die Anlagen 1 oder 2

der Versicherungsbedingungen ändern. Der Treuhänder wird einer Änderung dieser Bestimmungen nur zustimmen

- a) bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die zu ändernden Bestimmungen beruhen, oder
- b) bei unmittelbar die zu ändernden Bestimmungen betreffenden Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung oder
- c) bei unmittelbar die zu ändernden Bestimmungen betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht oder des Financial Regulator (irische Aufsichtsbehörde für das Versicherungswesen) oder der Verwaltungspraxis der deutschen, irischen oder europäischen Kartellbehörden, wenn die Änderung der betroffenen Bestimmungen zur Fortführung des Versicherungsvertrags notwendig ist und Sie und die versicherte Person durch die Änderung nicht benachteiligt werden. Die Änderung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens acht Wochen zuvor schriftlich angekündigt haben.

§ 40 Übersicht der Definitionen

Ohne damit noch zusätzlich etwas regeln zu wollen, führen wir nachstehend die wichtigsten Definitionen für die Begriffe auf, die wir immer wieder im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen sowie auch während der weiteren Vertragslaufzeit verwenden. Wir beschränken uns darauf, auf die Fundstelle in diesen Versicherungsbedingungen zu verweisen:

- > Anteilguthaben: § 25 Absatz 3
- > Arbeitsunfähigkeit: § 9 Absatz 1
- > Ausgabe-Fondswert: § 26 Absatz 2
- > Ausgabekurs: §§ 25 und 26
- > Ausschlüsse: § 11
- > Außerplanmäßige Vertragsüberprüfung: § 32 Absatz 3
- > Automatisch mitversicherte Kinder:
§ 3 B Absatz 1 bzw. § 4 B Absatz 1
- > Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit: § 9
- > Beitragsfreistellung: § 19
- > Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der
Wirbelsäule oder des Geistes: § 8
- > Bezugsberechtigter: § 30 Absatz 3
- > Einlösungsbeitrag: § 14 Absatz 1
- > Einrichtungszeitraum: § 24
- > Erste Versicherte Person: § 9 Absatz 2
- > Erster Termin für die planmäßige Vertragsüberprüfung:
§ 32 Absatz 2
- > Erstes Versicherungsjahr: § 24 Absatz 2
- > Erweiterter Todesfallschutz: § 4
- > Erwerbsunfähigkeit: § 7 A
- > Erwerbsunfähigkeitsschutz: § 7
- > EU: § 29 Absatz 7
- > Fälligkeitstag: § 19 Absatz 1
- > Feststellung des Versicherungsfalls: § 29 Absatz 9
- > Fonds: § 1 Absatz 1 in Verbindung mit § 23
- > Fondsanteile: § 23 Absatz 1
- > Fondsmanager: § 23 Absatz 3
- > Fondsverwaltungskosten: § 31 Absatz 4
- > Fondswert: § 26 Absatz 2
- > Jährliche Verwaltungsgebühr: § 31 Absatz 2
- > Jahrestag: § 17 Absatz 1
- > Kündigung: § 20
- > Nachversicherungsgarantie: § 22
- > Pflegebedürftigkeit: § 7 B
- > Pflegeschutz: § 7
- > Planmäßige Erhöhung: § 18 Absatz 1
- > Planmäßige Vertragsüberprüfung: § 32 Absatz 2
- > Risikokosten: § 31 Absatz 3
- > Rücknahme-Fondswert: § 26 Absatz 2
- > Rücknahmekurs: §§ 25 und 26
- > Schutz: § 1 Absatz 2
- > Schwere Krankheiten Schutz: § 3
- > Sollsaldo zum Anteilguthaben: § 31 Absatz 6
- > Stornoabzug: § 20
- > Teilkündigung: § 20 Absatz 2
- > Teilzahlung: § 3 A Absatz 2
- > Termine für die planmäßige Vertragsüberprüfung:
§ 32 Absatz 2
- > Treuebonus: § 28
- > Verantwortlicher Aktuar: § 26 Absatz 1
- > Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten:
§ 3 A Absatz 1
- > Versicherte Person(en): § 2 Absatz 4
- > Versicherte schwere Krankheit: § 3 A Absatz 1
- > Versicherte Todesfall-Leistung:
§ 3 A Absatz 4 und § 4 A Absatz 1
- > Versicherungsbeginn: § 14 Absatz 1
- > Versicherungsvertrag: § 1 Absatz 2
- > Vertragskosten: § 31
- > Vertragsüberprüfung: § 32
- > Vorgezogene Todesfall-Leistung: § 4 A Absatz 2
- > Ziellaufzeit: § 32 Absatz 1
- > Zuteilung von Fondsanteilen: §§ 24 bis 27
- > Zwei versicherte Personen: § 10

Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life

Definitionen der versicherten schweren Krankheiten

Allgemeine Hinweise:

Diese Anlage 1 ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life.

Die in den folgenden Definitionen genannten Ärzte bzw. Fachärzte sind qualifizierte Ärzte im Sinne der Versicherungsbedingungen.

Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (ggf. auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.

Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beigelegt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, ggf. unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

Versicherte schwere Krankheiten:

1. Herzinfarkt

Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d.h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln und durch typische Brustschmerzen, erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden. Angina Pectoris ist ausgeschlossen.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein Herzinfarkt (auch Myokardinfarkt) tritt auf, wenn infolge mangelnder Sauerstoffversorgung ein Bereich des Herzmuskels abstirbt. Ursache hierfür ist ein plötzlicher Verschluss einer Herzkranzarterie.

2. Schlaganfall

Dauerhafte Schädigung des Gehirns durch einen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt, der aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen wird. Ein dauerhafter Verlust neurologischer Fähigkeiten ist ebenfalls ärztlich nachzuweisen. Ausgeschlossen sind transitorische ischämische Attacken (TIA).

Vereinfachte Erläuterung:

Das Gehirn kontrolliert alle Funktionen des Körpers. Verletzungen in diesem Bereich können daher ernsthafte Auswirkungen haben. Ein Schlaganfall (auch Hirninfarkt) tritt auf, wenn das Gehirn stark durch interne Blutungen geschädigt wurde bzw. wenn die Blut- und Sauerstoffversorgung durch eine verstopfte Arterie unterbunden ist und es somit zu einer akuten Blutleere kommt. Eine transitorische ischämische Attacke (TIA) ist eine Durchblutungsstörung von kurzer Dauer. Die Symptome bilden sich folgenlos innerhalb von 24 Stunden zurück.

3. Krebs

Krebs ist die Diagnose eines fortgeschrittenen, bösartigen Tumors. Die Diagnose muss anhand eines feingeweblichen Nachweises durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Krebs zeichnet sich durch ein unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in gesundes Gewebe und dessen Zerstörung aus.

Die Diagnose Krebs umfasst auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen.

Folgende Erkrankungen sind ausgeschlossen:

- > Carcinoma in situ (alle prä-maligne Erkrankungen oder nicht-invasive Krebserkrankungen im Stadium 0, CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen);
- > Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1a NO MO und T1b NO MO;
- > Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1a NO MO, T1b NO MO und T2a NO MO
- > Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome
- > Alle anderen Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine Chemotherapie erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie ist durch einen gemäß §29, 10 qualifizierten Arzt zu bestätigen.

Stadieneinteilungen und Klassifikationen gemäß der TNM-Klassifikation nach UICC/AJCC oder der Klassifikation für Lymphomkrankungen nach Ann Arbor.

Es besteht kein Versicherungsschutz für Krebs, der innerhalb der ersten sechs Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wird.

Vereinfachte Erläuterung:

Der Begriff „Krebs“ umfasst alle Arten maligner (bösartiger) Tumore, die in der Lage sind, Krebszellen zu streuen. Im Gegensatz dazu gibt es so genannte gutartige Tumore ohne Streutendenz. Maligne Tumore können schnell wachsen, umliegendes Gewebe befallen und die Krebszellen können über Blutkreislauf und Lymphsystem in andere Bereiche des Körpers vordringen. Tumore setzen ihr Wachstum fort, wenn sie nicht zerstört oder entfernt werden.

4. Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

Operation am offenen Herzen zur Beseitigung von Verengungen und Verschlüssen einer oder mehrerer Herzkranzgefäße mittels Anlage von Bypassgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine Bypass-Operation ist erforderlich, wenn eine oder mehrere Arterien, welche das Herz mit Blut versorgen, verengt oder verstopft sind. Bei dem Eingriff wird nach medizinischer Praxis (Stand 2004) eine Vene aus dem Oberschenkel oder aus der Brustwand des Patienten entnommen und dazu genutzt, das Blut an der blockierten Stelle des Herzens vorbeizuleiten.

5. Angioplastie am Herzen

Behandlung zur Korrektur von zwei oder mehreren zu mindestens 70 % verengten Herzkranzgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Es besteht kein Versicherungsschutz für eine Angioplastie am Herzen, deren Notwendigkeit innerhalb der ersten drei Monate nach Versicherungsbeginn bzw. nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wurde.

Beispiele eingeschlossener Behandlungen sind:

- > Percutane transluminale Coronarangioplastie (PTCA)
- > Implantation von Metallgeflechten (Stents)
- > Atherektomie
- > Ballondilatation und Rotarablation
- > Laser

Sofern einer der o.g. Eingriffe erforderlich ist, um ein zu mindestens 70 % verengtes Herzkranzgefäß zu erweitern, erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

- a) € 10.000 oder
- b) 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

Vereinfachte Erläuterung:

Mit verschiedenen Techniken können Herzkranzgefäße erweitert werden. Hierdurch ist es möglich, Ablagerungen an den Gefäßwänden zu entfernen und die Arterie möglichst dauerhaft für das Blut wieder durchgängig zu machen.

6. Aortenplastik

Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund

muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden. Beispiele versicherter Eingriffe sind Eingriffe an der Aortenbifurkation, chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma oder Aortendissektion. Ausgeschlossen sind das Einbringen von minimal invasiven Stents und Eingriffe an den Seitenästen der Aorta.

Vereinfachte Erläuterung:

Die Aorta ist die Hauptschlagader des Körpers und liegt im Brustkorb bzw. Bauchraum. Sie versorgt über von ihr abgehende Arterien den gesamten Körper mit sauerstoffreichem Blut. Die Aorta kann durch Gefäßverkalkungen (Arteriosklerose), die sich an den Gefäßwänden ablagern, verengt sein. Ausbuchtungen der Gefäßwände (sog. Aneurysmen) können eine Erweiterung der Aorta verursachen, was ebenfalls eine operative Behandlung erforderlich macht.

7. Herzklappenoperation

Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterverfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen.

Vereinfachte Erläuterung:

Wenn eine Herzklappe nicht richtig funktioniert, weil sie verengt ist oder nicht vollständig schließt, kann eine Operation erforderlich sein. Hierbei wird die betroffene Herzklappe wiederhergestellt bzw. durch eine künstliche Herzklappe ersetzt.

8. Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

Schwere Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund entweder einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Es müssen trotz optimaler medikamentöser Therapie schwere Zeichen einer Herzleistungsschwäche vorliegen (physische Einschränkung von mindestens Klasse IV gemäß NYHA*). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

*NYHA = New York Heart Association

Vereinfachte Erläuterung:

Kardiomyopathie ist ein ernst zu nehmender Zustand oft unbekannter Ursache, wobei der Herzmuskel nicht mehr in der Lage ist, Blut effektiv durch den Körper zu pumpen. Manchmal ist dieser Zustand nur vorübergehend, in einigen Fällen entwickelt sich jedoch eine andauernde Herzschwäche. Eine permanente Kardiomyopathie kann nicht geheilt werden und verschlimmert sich mit der Zeit. Symptome sind Kurzatmigkeit bei geringer Anstrengung, Brustschmerzen und ein allgemeines Schwächegefühl.

9. Transplantation von Hauptorganen

Erfolgte vollständige Transplantation bzw. offizielle Registrierung auf der Warteliste für Transplantationen für Herz, Lunge, Leber, Nieren, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmark. Die medizinische Notwendigkeit der Transplantation muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden und die versicherte Person Empfänger/in sein. Ausgeschlossen sind Stammzelltransplantationen.

Vereinfachte Erläuterung:

Schwere Erkrankungen oder Verletzungen können Organe so stark schädigen, dass eine Behandlung nur durch die Entfernung des kranken und die Transplantation eines gesunden Organs möglich ist. Für viele Organe bestehen lange Wartelisten, da nicht ausreichend Transplantate zur Verfügung stehen.

10. Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Aufgabe der Nieren ist es, Abfallstoffe aus dem Blut zu filtern. Wenn die Nieren nicht richtig funktionieren, sammeln sich die Abfallstoffe im Körper an, was zu lebensbedrohlichen Gesundheitsproblemen führen kann. Sofern eine Niere ausfällt, kann die zweite Niere die Aufgabe mit übernehmen. Sobald aber beide Nieren nicht mehr in der Lage sind, das Blut zu filtern, muss diese Aufgabe durch eine Dialysemaschine übernommen werden bzw. ist eine Organtransplantation erforderlich.

11. Fortgeschrittene Lebererkrankung

Endstadium einer Lebererkrankung oder Diagnose einer Leberzirrhose. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- > Hepatische Enzephalopathie
- > Unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch)
- > Permanente Gelbsucht
- > Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Gastroenterologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Eine fortgeschrittene Lebererkrankung hat das Versagen der meisten oder sogar aller Leberfunktionen zur Folge. Charakteristische Anzeichen für diese Erkrankung sind die oben erwähnten Symptome. Gelbsucht lässt die Haut gelblich erscheinen und ist üblicherweise ein Anzeichen für eine nicht richtig funktionierende Leber. „Wasserbauch“ beschreibt eine Flüssigkeitsansammlung im Bauchbereich. Unter der hepatischen Enzephalopathie versteht man Bewusstseinsstörungen und Persönlichkeitsveränderungen als Folge des Leberversagens.

12. Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

Endstadium einer Lungenerkrankung, die zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führt. Die Diagnose muss aufgrund folgender Befunde durch einen Arzt für Lungenkrankheiten nachgewiesen werden:

- > Eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie
- > FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter
- > Ruhedyspnoe
- > Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ($\text{PaO}_2 < 55 \text{ mm Hg}$)

Vereinfachte Erläuterung:

Bei der so genannten chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung kommt es zu einer Verengung großer Bereiche der Atemwege, was vor allem beim Ausatmen zu einem erhöhten Atemwegwiderstand führt. Eine Folge kann die Ausbildung eines Emphysems sein, d.h., der normale Aufbau der Lunge ist zerstört und es kommt zu einer Lungenblähung.

13. Chronische rezidivierende Bauchspeicheldrüsenentzündung

Fortschreitende Zerstörung der Bauchspeicheldrüse durch gesicherte Episoden einer akuten interstitiellen Pankreatitis. Die Diagnose muss durch einen Arzt für innere Krankheiten nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Die chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung ist eine Erkrankung der Bauchspeicheldrüse, die den teilweisen oder kompletten Verlust des Organs zur Folge hat. Die Symptome gehen einher mit schweren Verdauungsstörungen, Gewichtsverlust und Störung des Zuckerstoffwechsels bis hin zur Zuckerkrankheit.

14. Querschnittslähmung

Vollständiger und dauerhafter motorischer und sensibler Verlust der Gebrauchsfähigkeit eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine mit Schädigung des Rückenmarks oder Hirns, der durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden und Hemiplegie, Tetraplegie oder Paraplegie beinhalten muss.

Vereinfachte Erläuterung:

Das Gehirn kontrolliert die Muskelbewegungen des Körpers, indem es Nervenreize durch das Rückenmark und anschließende Nerven sendet. Durch eine Verletzung des Rückenmarks wird diese Verbindung unterbrochen, was eine Lähmung zur Folge hat.

Es gibt verschiedene Arten von Lähmungen, je nachdem, welche Bereiche des Körpers betroffen sind, z.B. Hemiplegie (Lähmung der rechten oder linken Körperhälfte), Paraplegie/ tiefe Querschnittslähmung (Lähmung der Beine und der unteren Körperhälfte), Tetraplegie/hohe Querschnittslähmung (Lähmung, die beide Arme und Beine betrifft).

15. Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Kinderlähmung ist eine akute infektiöse Erkrankung, die sich durch Muskellähmung aufgrund einer Zerstörung von Zellen im Rückenmark oder Hirnstamm auszeichnet. Bedingt durch die auftretenden Lähmungen, die eine oder mehrere Extremitäten oder Muskelgruppen betreffen, kann es zu Muskelschwund mit anschließender Deformation kommen, wenn keine Heilung zu erzielen ist. In früheren Zeiten war diese Krankheit die häufigste Ursache einer Lähmung bei Kindern und wurde aus diesem Grund als „Kinderlähmung“ bezeichnet.

16. Verlust von Gliedmaßen

Vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktion eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenks. Hierunter fällt auch die nicht wiederherzustellende Abtrennung eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenks.

Im Falle des vollständigen und dauerhaften Verlusts der Funktion eines Armes oder Beines bzw. der nicht wiederherzustellenden Abtrennung eines Armes oder Beines oberhalb des Hand- oder Fußgelenks erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

- € 20.000 oder
- 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

17. Multiple Sklerose

Diagnose einer multiplen Sklerose durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie, wobei die Erkrankung mehr als einen Schub von klar definierten und multiplen neurologischen Störungen verursacht, die ausgelöst sind durch Demyelinisierung des Gehirns und Rückenmarks. Es muss weiterhin durch die Diagnose nachgewiesen werden, dass für einen ununterbrochenen Zeitraum von sechs Monaten neurologische Symptome vorliegen, die eine Kombination von Beeinträchtigungen des Sehnervs, des Hirnstamms, Rückenmarks und der Koordination der sensorischen Funktionen beinhalten. Sollte aufgrund der Diagnose nur der in Satz 1 des vorstehenden Absatzes genannte Gesundheitszustand, nicht aber die zusätzliche Diagnose gemäß des dortigen Satzes 2 nachgewiesen werden, erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

- € 20.000 oder
- 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

Vereinfachte Erläuterung:

Multiple Sklerose ist eine fortschreitende Erkrankung des zentralen Nervensystems, wobei die die Nervenfasern umgebende Schutzschicht (Myelin) in Gehirn und Rückenmark

zerstört wird. Die auftretenden Symptome sind verschieden, je nachdem, welcher Bereich des Gehirns oder Rückenmarks betroffen ist. Der Verlauf der Erkrankung variiert deutlich. Beispiele neurologischer Symptome sind Koordinationsprobleme, Gangunsicherheit und Störung von Blasen- und Schließmuskelfunktion.

18. Muskeldystrophie

Diagnose einer Muskeldystrophie durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie, bei der alle der folgenden Kriterien nachgewiesen werden müssen:

- > Klinisches Erscheinungsbild, keine sensorischen Störungen, normaler Liquorbefund und leichte Einschränkung der Sehnenreflexe
- > Charakteristisches Elektromyogramm
- > Klinischer Verdacht bestätigt durch eine Muskelbiopsie

Vereinfachte Erläuterung:

Muskeldystrophie ist eine Gruppe erblicher Muskelerkrankungen mit langsamer, fortschreitender Degeneration, die zu zunehmender Schwächung und Behinderung des Patienten führt.

19. Motor-Neurone-Erkrankung

Diagnose einer Motor-Neurone-Erkrankung durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie. Der dauerhafte Verlust neurologischer Fähigkeiten muss durch die Diagnose nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Bei der Motor-Neurone-Erkrankung handelt es sich um eine Erkrankung der Nervenzellen des zentralen Nervensystems im Rückenmark, die für die Fähigkeit zur Bewegung zuständig sind. Die Nerven bilden sich zurück und es kommt nachfolgend zu einer Verkümmern der Muskeln. Beispiele typischer und relevanter neurologischer Ausfälle sind Gesichtslähmungen, Lähmungen an Hand oder Bein, Unterarm und Halbseitenlähmungen.

20. Schwere rheumatoide Arthritis

Ausgedehnte Gelenkzerstörung mit größeren klinischen Deformierungen in mindestens drei der folgenden Gelenkregionen: Schulter-, Hüft-, Knie-, Handgelenke, Ellenbogen, Halswirbelsäule, Fußgelenke, Metatarsophalangeal-Gelenke der Füße. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Rheumatologie nachgewiesen werden.

Ferner konnten nach ärztlicher Bestätigung mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden:

- > Baden und Duschen
- > Be- und Entkleiden
- > Essen und Trinken
- > Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- > Toilette benutzen
- > Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

21. Abhängigkeit von einer dritten Person (ab 18. bis 65. Geburtstag)

Bestätigung eines Facharztes über den Verlust der selbstständigen Existenz nach dem 18. und vor dem 65. Geburtstag, welcher dazu führte, dass mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden konnten:

- > Baden und Duschen
- > Be- und Entkleiden
- > Essen und Trinken
- > Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- > Toilette benutzen
- > Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

22. Gutartiger Hirntumor

Nicht bösartiger Tumor des Hirns oder der Hirnanhangdrüse. Die medizinische Notwendigkeit einer Operation des Tumors oder, falls inoperabel, das Vorliegen dauerhafter neurologischer Störungen muss durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden. Zysten, Granulome, Neurinome, Abszesse, Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Hämatome und Tumore der Wirbelsäule sind ausgeschlossen.

Vereinfachte Erläuterung:

Ein gutartiger Tumor ist gekennzeichnet durch ein nicht krebsartiges abnormales Gewebewachstum. Ein solcher Tumor im Gehirn ist sehr ernst zu nehmen, auch wenn er nicht krebsartig ist. Der wachsende Tumor kann Druck auf andere Bereiche des Gehirns ausüben und daher lebensbedrohlich sein, wenn er nicht entfernt wird.

23. Bakterielle Meningitis

Entzündung der Hirnhäute oder der Rückenmarkshäute, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Schädigung (z.B. Sprachstörungen, Halbseitenlähmung) führt. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch eine Untersuchung der zerebrospinalen Flüssigkeit (Liquor) nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Meningitis ist eine Entzündung der harten oder weichen Hirnhaut sowie der Rückenmarkshäute. Die Infektion kann durch Bakterien, Viren, Protozoen (meist tropische Parasiten) oder Pilze verursacht sein. Allgemein ist die Erkrankung als „Hirnhautentzündung“ bekannt.

24. Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit (vor dem 65. Geburtstag)

Die Erkrankung muss vor dem 65. Geburtstag zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz sowie zur Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung führen. Die Diagnose

muss durch einen Arzt für Neurologie und durch standardisierte Tests und Fragebogen für Morbus Alzheimer nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Charakteristisch für eine Alzheimer-Erkrankung ist der fortschreitende Verlust von Erinnerungsvermögen, Orientierung, Urteilsvermögen und Intelligenz. Der Verlauf der Erkrankung ist nicht aufzuhalten. Symptome zeigen sich in einer Verminderung der Gehirngröße und einem Verlust von Nervenzellen im Gehirn.

25. Enzephalitis

Schwere Entzündung des Hirngewebes, die zu einer mindestens 3 Monate andauernden neurologischen Störung (z.B. Sprachstörungen) geführt hat. Diese Schädigung muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Enzephalitis ist eine Entzündung der grauen bzw. weißen Substanz des Hirngewebes oder des gesamten Gehirns und wird verursacht durch Bakterien, Viren oder Protozoen (meist tropische Parasiten).

26. Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit

Diagnose einer idiopathischen Parkinson'sche Krankheit durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie.

Ferner konnten nach ärztlicher Bestätigung trotz optimaler Therapie mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden:

- > Baden und Duschen
- > Be- und Entkleiden
- > Essen und Trinken
- > Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- > Toilette benutzen
- > Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

Vereinfachte Erläuterung:

Eine idiopathische Parkinson'sche Erkrankung ist eine langsam fortschreitende Erkrankung des Nervensystems, die ohne erkennbare Ursache aufgetreten ist. Charakteristische Anzeichen sind das Schütteln von Kopf und Gliedmaßen, eine Versteifung der Gesichtsmuskeln, die das Gesicht maskenhaft erscheinen lässt, sowie eine bestimmte vornüber gebeugte Körperhaltung.

27. Schwere Kopfverletzung

Eine Kopfverletzung mit schwerer Hirnschädigung, die zu dauerhaften neurologischen Ausfällen oder zu dem dauerhaften Verlust der intellektuellen Fähigkeit führt. Die Diagnose muss von einem Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

28. Koma

Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf externe Reize führt. Der Zustand muss mindestens 96 Stunden unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen bestehen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

Vereinfachte Erläuterung:

Koma beschreibt einen Zustand tiefer Bewusstlosigkeit. Ein im Koma befindlicher Patient ist unfähig, auf irgendeine Form physikalischer Stimulation zu reagieren bzw. Kontrolle über die eigenen Körperfunktionen auszuüben. Es gibt verschiedene Komatiefen, abhängig von der Reaktionsfähigkeit auf äußere Reize. Ein Koma kann durch eine Schädigung oder Störung bestimmter Bereiche des Gehirns verursacht sein, welche Bewusstseinsaktivitäten kontrollieren und aufrechterhalten. So kann ein Koma beispielsweise die Folge einer Kopfverletzung, eines wachsenden Gehirntumors oder eines Abszesses bzw. zerrissenen Blutgefäßes sein, welches eine Gehirnblutung ausgelöst hat.

29. Schwere Verbrennungen

Verbrennungen dritten Grades an mindestens 20 % der Körperoberfläche. Die Diagnose muss durch einen leitenden Abteilungsarzt einer Klinik oder eines Krankenhauses nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Es gibt drei verschiedene Verbrennungsgrade (erster, zweiter und dritter Grad). Der Grad der Verbrennung richtet sich nach dem Umfang des Schadens, der an der Haut angerichtet wurde. Erstgradige Verbrennungen schädigen die Hautoberfläche (beispielsweise ein starker Sonnenbrand). Zweitgradige Verbrennungen schädigen tiefere Hautschichten, heilen jedoch in den meisten Fällen ohne Narbenbildung ab. Die schlimmsten Verbrennungen sind die des dritten Grades, weil diese die gesamte Hautschicht zerstören.

30. Taubheit

Der endgültige und vollständige Verlust des Hörvermögens für alle Töne auf beiden Ohren, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde nachgewiesen werden.

31. Blindheit

Der endgültige und vollständige Verlust des Sehvermögens beider Augen, der nicht durch medizinische oder optische Maßnahmen verbessert werden kann. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden.

32. Sprachverlust

Der endgültige und vollständige Verlust der Fähigkeit zu sprechen, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann. Der Sprachverlust muss für einen ununterbrochenen Zeitraum von 2 Monaten ange-dauert haben. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde nachgewiesen werden und eine Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder muss vorliegen. Alle psychiatrischen Ursachen sind ausgeschlossen.

33. Systemischer Lupus erythematoses

Diagnose eines systemischen Lupus erythematoses mit Beeinträchtigung des Herzens, des zentralen Nervensystems oder der Nieren. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Rheumatologie unter Anwendung der internationalen Kriterien des „American College of Rheumatology“ (Revised Criteria for Classification of Systemic Lupus Erythematoses) nachgewiesen werden. Diskoider Lupus erythematoses ist ausgeschlossen.

Vereinfachte Erläuterung:

Systemischer Lupus erythematoses ist eine chronische und von Rückfällen geprägte Krankheit des Immunsystems, die eine Entzündung der Gelenke und Blutgefäße verursacht. Sie kann zu starken Schädigungen an Nieren, Leber und Gehirn führen und tritt üblicherweise gemeinsam mit einer Hautreaktion auf. Diskoider Lupus ist allgemein auf die Haut beschränkt und gutartig.

„American College of Rheumatology revised criteria for classification of Systemic Lupus Erythematoses“ bedeutet auf Deutsch „Überarbeitete Kriterien zur Klassifikation des systemischen Lupus erythematoses des amerikanischen Instituts für Rheumatologie“.

34. HIV-Infektion durch Bluttransfusion

Infektion mit dem HI-Virus oder Diagnose von Aids durch die Verabreichung einer infizierten Bluttransfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach der Transfusion erfolgt sein. Die Institution, welche die Bluttransfusion veranlasst hat, muss eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und für Bluttransfusionen autorisierte Institution sein. Der Sachverhalt muss von einem Facharzt für Labormedizin bestätigt werden.

Vereinfachte Erläuterung:

„Human immunodeficiency virus“ (HIV) ist allgemein bekannt als das Virus, welches das „Acquired immune deficiency syndrome“ (AIDS) auslöst. Das Virus wird vor allem auf sexuellem Weg, aber auch durch Kontakt mit infiziertem Blut übertragen.

35. HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten

Die HIV-Infektion muss nach Versicherungsbeginn

- > durch eine Verletzung oder
- > durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit

während der Ausübung der Berufstätigkeit (Vorfall) in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben sein:

- > Ärzte und Zahnärzte
- > Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
- > Krankenschwestern und -pfleger
- > Arzthelferinnen und -helfer
- > Zahnarzthelferinnen und -helfer
- > Sanitäter
- > Personal in medizinischen Labors
- > Polizisten und Angehörige des Bundesgrenzschutzes
- > Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- > Gefängnispersonal
- > Hebammen
- > Wäschereipersonal im Krankenhaus
- > Krankenhaushilfspersonal
- > Reinigungspersonal im Krankenhaus
- > Personal bei Beerdigungsinstituten

Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- > Die versicherte Person muss innerhalb von 36 Stunden nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HI-Viren oder von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt. Die Bestätigung dieses Bluttests und die Umstände des Vorfalls müssen uns innerhalb von 10 Tagen nach dem Vorfall gemeldet werden.
- > Der Nachweis der Infektion durch HI-Viren oder der Gegenwart von HIV-Antikörpern im Blut muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- > Der Vorfall sowie die HIV-Infektion müssen nach den üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein.

36. Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)

Dauerhaftes Versagen der Blutbildung des Knochenmarks, das zu Anämie, Neutropenie und Thrombopenie führt, die mindestens eine der folgenden Behandlungen erforderlich machen:

- > Blutbestandteilübertragung
- > Knochenmarktransplantation
- > Immunsystemunterdrückende Behandlung
- > Knochenmarkstimulierende Medikamente

Die Diagnose und entsprechende Behandlung müssen durch einen Arzt für Hämatologie nachgewiesen werden.

Vereinfachte Erläuterung:

Anämie (Verminderung der roten Blutkörperchen), Neutropenie (Verminderung der weißen Blutkörperchen) und Thrombopenie (Verminderung der Blutplättchen) sind Bezeichnungen für eine Verminderung der Zellen im Blut. Ohne Behandlung führt diese Erkrankung zum Tod.

Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen für die Schwere Krankheiten Vorsorge der Canada Life

Allgemeine Hinweise:

Diese Anlage 2 ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life.

Die für den Anspruch auf Leistung notwendige Bestätigung bzw. Prognose muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung enthalten.

1. Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz

Erwerbsunfähigkeit:

Die Erwerbsunfähigkeit einer versicherten Person im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn

- a) die versicherte Person vor Vollendung des 60. Lebensjahrs infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage war, mehr als drei Stunden täglich einer beliebigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, und
- b) für mindestens 18 weitere Monate nach gesicherter ärztlicher Diagnose keine Besserung des Zustandes zu erwarten ist.

Der Leistungsanspruch besteht auch, wenn eine gesicherte ärztliche Prognose nicht erstellt werden kann und der Zustand der beschriebenen Erwerbsunfähigkeit zwei Jahre ununterbrochen bestanden hat und andauert.

Pflegebedürftigkeit:

Die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn

- a) die versicherte Person ab Vollendung des 60. Lebensjahrs mindestens drei der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausführen konnte:
 - > Baden und Duschen,
 - > Be- und Entkleiden,
 - > Essen und Trinken,
 - > sich selbständig von einem Zimmer zum anderen bewegen,
 - > Toilette benutzen,
 - > Zu-Bett-Gehen und Aufstehen,

und dieser Gesundheitszustand von einem qualifizierten Arzt im Sinne der Versicherungsbedingungen bestätigt wird; oder

- b) wenn der versicherten Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung oder in einer diese ersetzenden privaten Pflegeversicherung eine der beiden höchsten Pflegestufen (Pflegestufe II oder III nach dem Stand Januar 2006) zuerkannt wurde und ihr deshalb Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe und/oder Pflegegeld zustehen.

2. Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Die Berufsunfähigkeit bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes einer versicherten Person im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer und vor Vollendung ihres 60. Lebensjahrs aufgrund

- a) einer funktionellen Störung der Rückenwirbel oder der Bandscheiben oder
- b) Schizophrenie, schweren depressiven Erkrankung, die eine Behandlung mit Antidepressiva und eine psychotherapeutische Begleittherapie für mindestens 6 Monate erforderlich macht, für mindestens 6 Monate zu wenigstens 50 % außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben und keine ihren Lebensstandard wahrende andere Tätigkeit ausübt.

Der Anspruch entsteht nach Ablauf der sechs Monate rückwirkend zum Ablauf des Monats, in dem die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt waren.

Verbraucherinformationen für die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life

Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner der Schwere Krankheiten Vorsorge ist

Canada Life Assurance Europe Ltd., Niederlassung für Deutschland, Höninger Weg 153a, 50969 Köln, AG Köln HRB 34058,

Postanschrift: Canada Life Assurance Europe Limited, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg

Kundendienst Telefon: 0180 - 30 77 77-3,

Fax: 0180 - 30 77 77-4

(9 Cent pro Minute aus dem

deutschen Festnetz)

E-Mail: kundendienst@canadalife.de

www.canadalife.de

Der Hauptsitz der Canada Life Assurance Europe Limited, einer nach irischem Recht gegründeten Versicherungsgesellschaft, ist Canada Life House, Temple Road, Blackrock, County Dublin, Irland.

Welche Versicherungsbedingungen gelten für Ihren Versicherungsvertrag?

Für Ihren Vertrag gelten die Versicherungsbedingungen für die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life.

Verweisungen auf Paragraphen in diesen Verbraucherinformationen beziehen sich auf diese Versicherungsbedingungen.

Welches Recht ist auf Ihren Versicherungsvertrag anwendbar?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsschutz bzw. Ihr Versicherungsvertrag?

Ihr Versicherungsschutz („Schutz“) beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den ersten laufenden Beitrag („Einlösungsbeitrag“) gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt aber nicht vor dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Grundsätzlich besteht Ihr Schutz während der Laufzeit des Versicherungsvertrags. Wenn Sie aber die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, besteht dieser Schutz nicht während der Beitragsfreistellung.

Ihr Schutz endet in den in den Versicherungsbedingungen gesondert geregelten Fällen sowie in jedem Fall bei Beendigung des Versicherungsvertrags.

Ihr Versicherungsvertrag besteht auf unbestimmte Zeit und endet, wenn

- > der Versicherungsfall eingetreten ist, wir die versicherte Leistung gezahlt haben und kein weiterer Schutz vereinbart ist;
- > das Anteilguthaben sich während der Beitragsfreistellung auf null verringert;
- > Sie die Beitragshöhe ohne eine vorherige außerplanmäßige Vertragsüberprüfung nach § 21 Absatz 5 verringern und das Anteilguthaben sich vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert;
- > Sie sich bei einer Vertragsüberprüfung für eine andere als in § 32 Absatz 7 beschriebene Möglichkeit entscheiden und das Anteilguthaben sich vor der nächsten planmäßigen Vertragsüberprüfung auf null verringert; wenn zu dem Zeitpunkt Ihrer Wahl das Anteilguthaben null beträgt oder nur ein Sollsaldo zum Anteilguthaben (§ 31 Absatz 6) besteht, endet der Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung;
- > Sie den Versicherungsvertrag kündigen oder
- > wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten oder ihn anfechten (§ 12).

Bitte beachten Sie aber, dass wir bei der Berechnung Ihres Beitrags die von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählte Zielzeit (§ 32 Absatz 1) bzw. die zu einem späteren Zeitpunkt nach § 21 geänderte Zielzeit für den Versicherungsvertrag zugrunde gelegt haben.

Wo finden Sie Angaben zur Art des vereinbarten Versicherungsschutzes sowie zur Höhe, Zahlungsweise und -dauer der Beiträge?

Sie können Ihrem Versicherungsschein und ggf. seinen Nachträgen die Höhe und die Zahlungsweise der von Ihnen zu zahlenden Beiträge entnehmen. Die Beiträge sind während der Laufzeit des Versicherungsvertrags zu zahlen, es sei denn, dass Sie den Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt haben (§ 19).

Wie und bis wann können Sie dem Zustandekommen des Versicherungsvertrags widersprechen?

Mit diesen Verbraucherinformationen übersenden wir Ihnen die Versicherungsbedingungen und den Versicherungsschein (ggf. mit besonderen Vereinbarungen). Sie können dem Zustandekommen des Versicherungsvertrags innerhalb von 30 Tagen nach Erhalt dieser Unterlagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) widersprechen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Widersprechen Sie nicht innerhalb der Frist, gilt der Versicherungsvertrag auf der Grundlage des Antrags, des Versicherungsscheins, der Versicherungsbedingungen und dieser Verbraucherinformationen als abgeschlossen.

Sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Bis zum Ende des Versicherungsvertrags sind Sie an den Erträgen des Fonds im Rahmen der Versicherungsbedingungen beteiligt. Eine weitergehende Überschussbeteiligung können wir Ihnen nicht gewähren.

Können Sie Ihren Versicherungsvertrag kündigen? Welchen Rückkaufswert zahlen wir bei Kündigung?

Sie können Ihren Versicherungsvertrag jederzeit durch schriftliche Erklärung kündigen. Kündigungen hinsichtlich eines Teilbetrags sind möglich, wenn der betroffene Teilbetrag Ihres Anteilguthabens mindestens € 250,00 und Ihr verbleibendes Anteilguthaben mindestens € 500,00 beträgt.

Bei Kündigung zahlen wir Ihnen den Wert Ihres Anteilguthabens oder des auf die Kündigung entfallenden Teils hiervon, jedoch nicht mehr als die Summe der bis zur Kündigung eingezahlten Beiträge. Bis zum Ablauf des dritten Jahrestags erheben wir zur teilweisen Abdeckung unserer allgemeinen Abschluss- und Verwaltungskosten einen Stornoabzug in Höhe des ggf. vorhandenen Anteilguthabens, so dass Sie in diesem Zeitraum bei Kündigung keine Auszahlung von uns erhalten. Die Rückzahlung der von Ihnen geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Wir werden bei Teilkündigung eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vornehmen und Ihnen einen ggf. neuen (erhöhten) Beitrag mitteilen, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den vereinbarten Schutz aufrechtzuerhalten.

Die Höhe des Rückkaufswerts ist nicht garantiert. Weitere Einzelheiten können Sie der beiliegenden individuellen „Modellrechnung Ihrer Schwere Krankheiten Vorsorge“ entnehmen.

Kann Ihr Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt werden?

Sie können den Versicherungsvertrag jederzeit zum nächsten Fälligkeitstag, frühestens jedoch zum ersten Jahrestag nach Versicherungsbeginn, beitragsfrei stellen, vorausgesetzt, dass das Anteilguthaben zu Beginn der Beitragsfreistellung mindestens € 500,00 beträgt.

Während der Beitragsfreistellung gilt Folgendes:

- > Ihre Pflicht zur Beitragszahlung entfällt.
- > Wenn die planmäßige Erhöhung zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vereinbart war, wird diese ausgesetzt.
- > Sie haben kein Recht, von der Nachversicherungsgarantie gemäß § 22 Gebrauch zu machen.
- > Es wird kein Treuebonus gewährt (§ 28).
- > Alle Vertragskosten (§ 31) – außer ggf. den Risikokosten für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit – werden weiterhin erhoben.

- > Wenn Sie die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9) mit uns vereinbart haben, besteht dieser Schutz nicht.
- > Aber jeder andere vereinbarte Schutz besteht, bis sich das Anteilguthaben auf null verringert; zu diesem Zeitpunkt endet auch der Versicherungsvertrag.
- > Wir nehmen keine planmäßigen Vertragsüberprüfungen (§ 32) vor.

Sie können jederzeit vor Ende des Versicherungsvertrags zur Zahlung der Beiträge zurückkehren. Sie müssen uns dies mindestens einen Monat vor dem entsprechenden Fälligkeitstag mitteilen. Wenn die planmäßige Erhöhung bzw. der Schutz für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung bestand, leben diese ebenso wie der Anspruch auf Treueboni wieder auf, aber nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsfreistellung. Das Recht, von der Nachversicherungsgarantie nach § 22 Gebrauch zu machen, lebt aber nicht wieder auf.

Wir werden bei Wiederaufnahme der Beitragszahlung eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vornehmen und Ihnen den ggf. neuen (erhöhten) Beitrag mitteilen, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den vereinbarten Schutz aufrechtzuerhalten.

In welchen Fonds werden Ihre Beiträge eingezahlt? Wie wird er verwaltet?

Die von Ihnen gezahlten Beiträge werden im Setanta Managed Fonds, einem internen Fonds der Canada Life Assurance Europe Limited, den wir kurz Fonds nennen, angelegt und verwaltet, soweit sie nicht zur Abdeckung der Vertragskosten verwandt werden.

Der Fonds ist ein Anlagestock, den wir für die Versicherungsnehmer der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life errichtet haben. Der Fonds ist ein interner, in gleichwertige Anteile aufgeteilter Fonds, der nicht öffentlich an einer Börse gehandelt wird.

Der Fonds wird durch eine Fondsmanagementgesellschaft („Fondsmanager“) verwaltet. Den Namen des Fondsmanagers teilen wir Ihnen im Versicherungsschein sowie bei späteren Änderungen mit. Die Auswahl des Fondsmanagers treffen wir mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns.

Das Vermögen des Fonds wird in Abstimmung mit dem von uns beauftragten Fondsmanager wie folgt investiert:

- > Maximal 90 % des Vermögens des Fonds werden zeitgleich in nationale und internationale Aktien und Grundstücke investiert.
- > Mindestens 10 % des Vermögens des Fonds müssen aus festverzinslichen Wertpapieren, Bargeld oder Depositen bestehen.
- > Mindestens 10 % des Vermögens müssen in Euro notiert sein.

An welche Aufsichtsbehörden und Schlichtungsstelle können Sie sich wenden?

Canada Life Assurance Europe Limited unterliegt der Aufsicht folgender Aufsichtsbehörden:

- > Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BAFin),
Bereich Versicherungen,
Graurheindorfer Str. 108,
53117 Bonn,
Telefon: 0228 - 41 08-0
Fax: 0228 - 41 08-15 50
- > Financial Regulator
PO Box 9138,
College Green,
Dublin 2,
Ireland

Die Canada Life gehört keiner Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Sicherungsfonds) an und ist zu einer solchen Mitgliedschaft derzeit weder berechtigt noch verpflichtet.

Ferner können Sie sich an folgende Schlichtungsstelle wenden:

- Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. Sie können deshalb innerhalb von acht Wochen nach Erhalt unserer Nachricht das kostenlose, außergerichtliche Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen.
- > Versicherungsombudsmann e.V.,
Postfach 08 06 32,
10006 Berlin,
Telefon: 01804 - 22 44 24
Fax: 01804 - 22 44 25
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

Steuerhinweise für die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life

Die nachfolgenden Steuerhinweise geben keine abschließende, sondern nur eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder und können eine sorgfältige Einzelfallberatung durch zur Steuerberatung befugte Fachleute nicht ersetzen. Die hier gegebenen Hinweise basieren auf der deutschen Gesetzgebung, Rechtsprechung, Verwaltungspraxis und Literatur zum 1. Januar 2005.

Einkommensteuer

Beiträge zur Schwere Krankheiten Vorsorge können nicht im Rahmen der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Einkommensteuergesetz (EStG) abgezogen werden.

Die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life erfüllt nicht die Voraussetzungen für eine Begünstigung entsprechend §§ 10a, 82 Abs. 2 EStG. Der Versicherungsvertrag ist daher für eine Umstellung auf einen Vertrag, der die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt, nicht geeignet.

Die Auszahlung im Leistungsfall oder bei Kündigung unterliegt unseres Erachtens nicht der Einkommensteuer.

Erbschaft- und Schenkungsteuer

Ansprüche bzw. Leistungen unterliegen der Schenkung- bzw. der Erbschaftsteuer, wenn sie aufgrund einer Schenkung des Versicherungsnehmers oder bei dessen Tod durch Erwerb von Todes wegen erworben werden. Der Erwerb bleibt allerdings insoweit steuerfrei, als die Freibeträge nach § 16 Erbschaftsteuer- und Schenkungsteuergesetz (ErbStG) nicht überstiegen werden.

Versicherungsteuer

Auf die Beiträge fällt keine Versicherungsteuer an.

Merkblatt zum Datenschutz

Vorbemerkungen

Datenschutz ist unserem Unternehmen wichtig: Unseren Kunden und Geschäftspartnern sichern wir Schutz der Persönlichkeitsrechte zu. Alle Mitarbeiter von Canada Life unterliegen einem Daten- und Geschäftsgeheimnis.

Unabhängig von gesetzlichen Vorschriften werden wir das Mögliche tun, um

- > Ihre personenbezogenen Daten
 - nur für vereinbarte, klar definierte und rechtmäßige Zwecke zu erheben,
 - nur zu übermitteln, wenn und soweit dies mit der Zweckbestimmung vereinbar ist,
- > falsche oder unvollständige Daten zu berichtigen, zu sperren oder zu löschen, soweit dies möglich und zulässig ist,
- > Transparenz hinsichtlich der Datenspeicherung zu gewährleisten.

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Datenverarbeitung (EDV) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die EDV einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person in der Bundesrepublik Deutschland wird durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person in Irland wird durch den irischen Data Protection Act geregelt. Der Data Protection Act lässt die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Daten in Irland unter vergleichbaren Voraussetzungen wie in Deutschland zu und gewährt Ihnen ähnlichen Schutz.

Wir informieren Sie stets, wenn wir persönliche Daten (Angaben, die sich unmittelbar auf eine natürliche Person beziehen oder über die eine solche Person bestimmt werden kann) erstmals erheben, verarbeiten oder nutzen wollen und Ihnen dieses den Umständen nach nicht bekannt

sein sollte. Welche Daten wir erheben, entscheiden allein Sie, ebenso wie die Frage, wofür wir diese verarbeiten oder nutzen. Damit Sie Ihre Entscheidung treffen können, machen wir stets darauf aufmerksam, sobald sich diese Frage stellt.

Einwilligungserklärung

Unabhängig von dieser im Einzelfall erfolgenden Interessenabwägung und zur Rechtssicherheit für unsere Datenverarbeitung wurde Ihrem Versicherungsantrag eine Einwilligungserklärung nach dem BDSG beigefügt. Diese gilt über die Beendigung des Versicherungsvertrags hinaus, kann aber jederzeit durch Sie widerrufen werden. Wird die Einwilligungserklärung bei Antragstellung von Ihnen ganz oder teilweise verweigert, so kommt es unter Umständen zu keinem Vertragsabschluss. Trotz Widerruf oder ganz bzw. teilweise verweigerter Einwilligungserklärung kann eine Datenverarbeitung und -nutzung in einem begrenzten gesetzlich zulässigen Rahmen, wie unter „Vorbemerkung“ beschrieben, erfolgen.

Schweigepflicht-Entbindungserklärung

Daneben ist eine besondere Erlaubnis des Betroffenen (Schweigepflicht-Entbindungserklärung) notwendig, wenn Daten übermittelt werden sollen, die einem Berufsgeheimnis unterliegen (z.B. Arzt). Deshalb haben Sie bzw. die versicherte Person in Ihrem Antrag eine gesonderte allgemeine Schweigepflicht-Entbindungserklärung abgegeben. Diese gilt für den Todesfall auch über Ihren Tod bzw. den Tod der versicherten Person hinaus, um die Leistungsprüfung im Todesfall zu ermöglichen.

Anstelle einer allgemeinen Entbindung von der Schweigepflicht bei Antragstellung haben Sie die Möglichkeit, uns die benötigten Informationen auf andere geeignete Weise zur Verfügung zu stellen. Die allgemeine Schweigepflicht-Entbindungserklärung gilt jedoch weiterhin für die Leistungsprüfung im Todesfall.

Im Leistungsfall, außer im Todesfall, werden wir eine neue, gesonderte Schweigepflicht-Entbindungserklärung von Ihnen einholen. Sie haben aber die Möglichkeit, sich anders zu entscheiden (z.B. einzelne Schweigepflichtentbindungen, Selbstbeschaffung von medizinischen Berichten, usw.). Sollte keine allgemeine Schweigepflicht-Entbindungserklärung vorliegen, so kann dies allerdings Einfluss auf unsere Leistungsprüfung haben. Auch können wir Ihnen mögliche Mehrkosten, die durch das Nichtvorliegen einer allgemeinen Entbindungserklärung entstehen, in angemessenem Umfang in Rechnung stellen.

Vertrauliche Informationen bleiben bei Canada Life grundsätzlich vertraulich. Insbesondere gilt dies für die uns anvertrauten personenbezogenen Daten, wie Gesundheits-

daten. Wir sorgen dafür, dass in den Informations- und Kommunikationssystemen, die unserer Verantwortung unterliegen, angemessene technisch-organisatorische Maßnahmen zur Vertraulichkeit dieser Informationen ergriffen werden.

Spezielle Informationen zum Datenschutz bei Besuch unserer Website

Auf unserer Website erheben wir so wenig Daten wie möglich.

Im Einzelnen sind dies folgende Fälle:

- > Wenn Sie online eine Änderung von Daten zum Vertrag übermitteln wollen (Sie können dies auch ohne weiteres per Post tun):
Sie entscheiden, ob dieser Weg genutzt werden soll und welche Daten wir erhalten. Die Daten werden dann wie alle Daten zu Verträgen und Kunden behandelt (siehe nachfolgenden Abschnitt „Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Canada Life“).
- > Wenn Sie Informationsmaterial anfordern:
Hier benötigen wir Ihren Namen und Ihre Adresse, um Ihnen das gewünschte Material zukommen zu lassen. Diese Daten werden nicht personenbezogen gespeichert (nur statistisch in anonymisierter Form) und nach Ablauf von drei Monaten gelöscht. Nur bei Abschluss eines Vertrags innerhalb von drei Monaten übernehmen wir diese Daten. Zuvor werden Sie aber im Rahmen des Vertragsabschlusses noch eine gesonderte Datenschutzerklärung erhalten.
- > Wenn Sie einen Kurzcheck für die Bewerbung als Vertriebsleiter ausfüllen:
Auch diese Daten werden nur zur möglichen Kontaktaufnahme mit Ihnen verwendet und bei Abschluss eines Vertrags ggf. übernommen. Ansonsten werden auch diese Daten nach drei Monaten gelöscht.

Wir speichern in anonymer Form Angaben zur Häufigkeit, zu Interessen und Bedürfnissen von Kunden, die unsere Website besuchen. Dabei ist aber eine Feststellung des einzelnen Kunden nicht möglich und gewollt. Die Speicherung in anonymer Form dient vor allem auch der Verbesserung unseres Internetauftritts.

Außerdem sichern wir zu, dass jede Nachricht (inklusive Ihrer E-Mail an uns), die Sie uns eingeben und übermitteln, automatisch verschlüsselt wird (SSL) und für Dritte nicht zugänglich ist. Durch die Einrichtung einer Firewall sind Daten, die Sie uns freiwillig übermitteln, bei uns gegen Zugriff Unbefugter geschützt.

Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei Canada Life

Im Folgenden wollen wir Ihnen einige wesentliche Beispiele für die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei uns nennen.

1 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung bei uns
Wir erheben und speichern Daten, die für den Versicherungsvertrag notwendig sind. Das sind zunächst Ihre Angaben im Antrag (Antragsdaten), auch soweit sie eine dritte Person betreffen, auf deren Leben Sie den Versicherungsvertrag abschließen (versicherte Person). Weiter werden zum Vertrag versicherungstechnische Daten wie Kundennummer (Partnernummer), Versicherungssumme, Versicherungsdauer, Beitrag, Bankverbindung sowie erforderlichenfalls die Angaben eines Dritten, z.B. eines Vermittlers, eines Sachverständigen oder eines Arztes, geführt (Vertragsdaten). Bei einem Versicherungsfall speichern wir Ihre Angaben hierzu und ggf. auch Angaben von Dritten.

2 Datenübermittlung an Rückversicherer
Im Interesse seiner Versicherungsnehmer wird ein Versicherer stets auf einen Ausgleich der von ihm übernommenen Risiken achten. Deshalb geben wir in vielen Fällen einen Teil der Risiken an Rückversicherer im In- und Ausland ab. Diese Rückversicherer benötigen ebenfalls entsprechende versicherungstechnische Angaben von uns, wie Versicherungsnummer, Beitrag, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos/Risikozuschlags sowie im Einzelfall auch Ihre Personalien und die der versicherten Person. Soweit Rückversicherer bei der Risiko- und Schadensbeurteilung mitwirken, werden ihnen auch die dafür erforderlichen Unterlagen zur Verfügung gestellt. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherer weiterer Rückversicherer, denen sie ebenfalls entsprechende Daten übergeben.

3 Datenübermittlung an andere Versicherer
Nach dem deutschen Versicherungsvertragsgesetz haben der Versicherungsnehmer und die versicherte Person bei Antragstellung, jeder Vertragsänderung und im Leistungsfall dem Versicherer alle für die Einschätzung des Wagnisses und die Leistungsabwicklung wichtigen Umstände anzugeben. Hierzu gehören z.B. frühere Krankheiten und Versicherungsfälle oder Mitteilungen über gleichartige andere Versicherungen (beantragte, bestehende, abgelehnte oder gekündigte). Um Versicherungsmissbrauch zu verhindern, eventuelle Widersprüche in den Angaben des Versicherungsnehmers oder der versicherten Person aufzuklären oder um Lücken bei den Feststellungen zum entstandenen Schaden zu schließen, kann es erforderlich sein, andere Versicherer um Auskunft zu bitten oder entsprechende Auskünfte auf Anfrage zu erteilen.

Auch sonst bedarf es in bestimmten Fällen (Doppelversicherungen, gesetzlicher Forderungsübergang sowie bei Teilungsabkommen) eines Austausches von personenbezogenen Daten unter den Versicherern. Dabei werden Daten des Betroffenen weitergegeben, wie Name und Anschrift, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Angaben zum Leistungsfall.

4 **Zentrale Hinweissysteme und andere Datenübermittlung an Dritte**

Bei Prüfung eines Antrags oder Leistungsfalls kann es notwendig sein, zur Risikobeurteilung, zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts oder zur Verhinderung von Versicherungsmissbrauch Anfragen an den zuständigen Fachverband bzw. an andere Versicherer zu richten oder auch entsprechende Anfragen anderer Versicherer zu beantworten.

Dazu bestehen beim Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft und beim Verband der privaten Krankenversicherer zentrale Hinweissysteme. Die Aufnahme in diese Hinweissysteme und deren Nutzung erfolgt lediglich zu Zwecken, die mit dem jeweiligen System verfolgt werden dürfen, also nur, soweit bestimmte Voraussetzungen erfüllt sind.

So werden von Lebensversicherern, also auch von uns, zum Beispiel folgende Daten zum Zweck der Risikoprüfung abgefragt und gemeldet:

- > Aufnahme von Sonderrisiken, z.B. Ablehnung des Risikos bzw. Annahme mit Beitragszuschlag
 - aus versicherungsmedizinischen Gründen,
 - aufgrund der Auskünfte anderer Versicherer,
 - wegen verweigerter Nachuntersuchung;
- > Aufhebung des Vertrags durch Rücktritt oder Anfechtung seitens des Versicherers,
- > Ablehnung des Vertrags seitens des Versicherungsnehmers wegen geforderter Beitragszuschläge.

Daneben werden Daten an dritte Unternehmen zur Prüfung der Bonität bei Antragstellung (auch bei Antrag auf Vertragsänderung) übermittelt. Wir sichern Ihnen eine sorgfältige Überprüfung und Auswahl dieser Unternehmen durch uns zu.

Bei Prüfung eines Antrags oder Leistungsfalls werden im erforderlichen Maße Daten an ein anderes Unternehmen der Canada Life-Gruppe (z.Zt. Canada Life Assurance (Ireland) Limited) weitergegeben. Außerdem kann es sein, dass zur Risikobeurteilung und -entscheidung personenbezogene Daten an externe, medizinische Gutachter weitergegeben werden. Derartige Dritte, die Daten von uns erhalten, unterliegen nicht nur selbst als Arzt einer entsprechenden Schweigepflicht, sondern werden zudem von uns auf die Wahrung des Datengeheimnisses und die Geheimhaltung von Privatgeheimnissen gesondert verpflichtet.

5 **Datenverarbeitung in und außerhalb der Unternehmensgruppe**

Zum Schutz der Versicherungsnehmer werden einzelne Versicherungsarten (z.B. Lebens-, Kranken-, Sach- und Rückversicherung) sowie Finanzdienst- und Serviceleistungen durch juristisch selbständige Gesellschaften betrieben. Um dem Kunden einen umfassenden Versicherungsschutz und Service

anbieten zu können, arbeiten diese Gesellschaften, so auch wir, häufig in Unternehmensgruppen zusammen.

Zur Kostenersparnis werden dabei einzelne Bereiche zentralisiert, so auch die Datenverarbeitung. So werden etwa die so genannten Partnerdaten (z.B. Name, Adresse, Kundennummer, Kontonummer, Bankleitzahl, bestehende Verträge) nur einmal gespeichert und sind von allen Unternehmen der Gruppe abfragbar.

Die übrigen allgemeinen Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten sind dagegen nur von den Versicherungsunternehmen der Gruppe abfragbar.

Obwohl alle diese Daten nur zur Beratung und Betreuung des jeweiligen Kunden durch die einzelnen Unternehmen verwendet werden, spricht das Gesetz auch hier von „Datenübermittlung“, bei der die Vorschriften des BDSG und des irischen Data Protection Act zu beachten sind.

Branchenspezifische Daten – wie z.B. Gesundheits- oder Bonitätsdaten – bleiben dagegen unter ausschließlicher Verfügung der jeweiligen Unternehmen.

Unserer Unternehmensgruppe gehören zurzeit folgende Unternehmen an:

Irland:

- > Canada Life Assurance Europe Limited (Lebensversicherer)
- > Canada Life Assurance (Ireland) Limited (Lebensversicherer)
- > Canada Life European Assurance Limited (Lebensversicherer)
- > Canada Life Management Services Limited (Servicegesellschaft)
- > Canada Life Europe Management Services Limited (Servicegesellschaft)
- > Canada Life Group Services Limited (Servicegesellschaft)
- > Canada Life Irish Holding Company Limited (Holdinggesellschaft)
- > Canada Life Europe Investment Limited (Holdinggesellschaft)
- > Canada Life Reinsurance Limited (Rückversicherer)
- > Setanta Asset Management Limited (Kapitalanlage-Managementgesellschaft)

Deutschland:

- > Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland (Lebensversicherer)
- > Canada Life Europe Management Services Limited, Niederlassung Deutschland (Servicegesellschaft)

Kanada:

- > The Canada Life Assurance Company
(Lebensversicherer)
- > Canada Life Financial Corporation
(Holdinggesellschaft)
- > The Great-West Life Assurance Company
(Lebensversicherer)
- > Great-West Lifeco Inc.
(Holdinggesellschaft der Unternehmensgruppe)

Die aktuellen Adressen dieser Unternehmen sowie Änderungen in der Unternehmensgruppe teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

6 **Betreuung durch Versicherungsvermittler**

In Ihren Versicherungsangelegenheiten sowie im Rahmen des sonstigen Dienstleistungsangebots unserer Unternehmensgruppe werden Sie durch einen Vermittler betreut, der Sie mit Ihrer Einwilligung auch in sonstigen Finanzdienstleistungen berät. Vermittler in diesem Sinne sind u. a. neben Einzelpersonen auch Vermittlungsgesellschaften und ggf. andere Finanzdienstleistungsgesellschaften.

Die von Vermittlern ggf. an Canada Life eingereichten Beratungsprotokolle werden von uns gespeichert. Eine Nutzung erfolgt aber ausschließlich zur ordnungsgemäßen Durchführung des Vertragsverhältnisses.

Um seine Aufgabe ordnungsgemäß erfüllen zu können, erhält der Vermittler zu diesem Zweck von uns die für die Betreuung und Beratung notwendigen Angaben aus Ihren Antrags-, Vertrags- und Leistungsdaten, z.B. Versicherungsnummer, Beiträge, Art des Versicherungsschutzes und des Risikos oder Zahl der Versicherungsfälle und Höhe von Versicherungsleistungen. Ausschließlich zum Zweck Ihrer Betreuung in Vertragsangelegenheiten können an den Vermittler auch Gesundheitsdaten übermittelt werden.

Unsere Vermittler erheben, verarbeiten und nutzen selbst diese personenbezogenen Daten im Rahmen der genannten Beratung und Betreuung des Kunden. Auch werden sie von uns über Änderungen der kundenrelevanten Daten informiert. Jeder Vermittler ist gesetzlich und vertraglich verpflichtet, die gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz und seine besonderen Verschwiegenheitspflichten (z.B. Berufsgeheimnis und Datengeheimnis) zu beachten.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG neben dem eingangs erwähnten Widerrufsrecht ein Recht auf unentgeltliche Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei in der Bundesrepublik Deutschland gespeicherten Daten. Wir gewähren Ihnen dieses Recht gemäß dem irischen Data Protection Act auch für in Irland gespeicherte Daten.

Sie können ein etwaiges Verlangen nach Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen Ihrer gespeicherten Daten an uns richten. Auch wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten wenden Sie sich bitte an uns:

Datenschutzbeauftragter von Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland, Höninger Weg 153a, 50969 Köln.

Darüber hinaus können Sie etwaige Beschwerden richten an den Datenschutzbeauftragten der Republik Irland: Data Protection Commissioner, Block 6, Irish Life Centre, Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland

Canada Life Assurance Europe Limited, Niederlassung für Deutschland,
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, AG Köln HRB 34058
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe Limited,
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 0180 - 30 77 77-3, Telefax: 0180 - 30 77 77-4,
(9 Cent pro Minute aus dem deutschen Festnetz)
kundendienst@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz: Canada Life Assurance Europe Limited,
Canada Life House, Temple Road, Blackrock, Co. Dublin, Ireland
Registered in Ireland No. 297731

002/99 10 58

BS 01 04/2007

Vorstand: Günther Soboll
(Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung),
Tom Barry (Vorstandsvorsitzender), John Lyons, Dr. Claudia Lang,
Ruairi O'Flynn, Hans-Gerd Lindlahr, Declan Bolger