

# Bedingungen für die Zusatzversicherung bei bestimmten schweren Erkrankungen (Dread-Disease-Zusatzversicherung/DDZ)

Vertragsgrundlage 507-T04

Stand: 01.2004

Inhalt	§ 1 Welche bestimmten schweren Erkrankungen sind versichert? Wann entsteht bei diesen Erkrankungen der Anspruch auf die Versicherungsleistung?	§ 2 Welche Leistung ist versichert?	§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	§ 4 Was ist im Versicherungsfall zu beachten? Welche Fristen gelten?	§ 5 Wann entscheiden wir über den Anspruch auf Versicherungsleistung und welche Fristen gelten?	§ 6 Wie ist das Verhältnis der DDZ zur Hauptversicherung?
<p><b>§ 1</b> Welche bestimmten schweren Erkrankungen sind versichert?</p> <p>Wann entsteht bei diesen Erkrankungen der Anspruch auf die Versicherungsleistung?</p>	<p>Als bestimmte schwere Erkrankung gilt, wenn bei der versicherten Person</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- durch einen Arzt/Facharzt Krankheiten festgestellt und durch klinische, radiologische, histologische bzw. Labornachweise bestätigt werden</li> <li>- oder auf Grund ärztlicher Diagnose Operationen vorgenommen werden, die im Folgenden abschließend aufgeführt sind:</li> </ul> <p><b>1. Aorta-Operation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operation der erkrankten -nicht durch einen Unfall verletzten- Aorta, bei der der erkrankte Teil der Aorta entfernt und durch ein Transplantat ersetzt wird. Im Rahmen dieser Versicherung ist unter Aorta nur die Aorta des Thorax (Brust) und des Abdomen (Bauch) zu verstehen, nicht jedoch deren Seitenäste.</li> <li>- Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der durchgeführten Operation.</li> </ul> <p><b>2. Blindheit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Vollständiger und bleibender Verlust des gesamten Sehmögens auf beiden Augen.</li> <li>- Bei Nachweis durch einen Facharzt für Augenheilkunde entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Eintritt der Blindheit.</li> </ul> <p><b>3. Bypass-Operation der Koronararterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Diagnose einer Verengung der Herzkranzgefäße der versicherten Person (nachzuweisen durch eine Angiographie), die eine Operation derselben erfordert. Es muss eine Bypass-Operation durchgeführt worden sein zur Korrektur von mindestens zwei koronaren Arterien. Alle übrigen Behandlungsmethoden (wie z.B. koronare Angioplastie oder andere intra-arterielle Behandlungen) sind von dem Versicherungsschutz ausgeschlossen.</li> <li>- Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der durchgeführten Operation.</li> <li>- Wird die Diagnose der Herzkranzgefäßverengung innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes gestellt, so wird keine Versicherungsleistung fällig. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes der DDZ gilt dieselbe Wartezeit auch für den Erhöhungsbetrag.</li> </ul> <p><b>4. Gutartiger (Benigner) Hirntumor</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ein lebensbedrohliches, nicht karzinomartiges (bösartiges) Gewebewachstum im Gehirn. Die Existenz des Tumors muss durch ein bildgebendes Untersuchungsverfahren wie Computer- oder Kernspintomographie nachgewiesen sein. Zysten, Granulome, Gefäßmissbildungen in den Arterien oder Venen des Gehirns, Hämatome und Tumore der Hypophyse oder des Rückenmarks stellen keine entsprechende Krankheit dar.</li> </ul>	<p>- Mit der gesicherten Erstdiagnose durch einen Facharzt für Neurologie entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung.</p>	<p><b>5. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische Diagnose eines bleibenden Untergangs eines Bezirks der Herzmuskulatur durch ungenügende Durchblutung des entsprechenden Gewebes. Die Diagnose muss gesichert sein durch Auftreten der typischen Brustschmerzen in der Anamnese, deutlich erhöhte Werte der herzmuskelspezifischen Fermente und durch frische, typische EKG-Veränderungen. Ausgeschlossen sind stumme Herzinfarkte.</li> <li>- Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung zum Zeitpunkt des Herzinfarkts.</li> </ul> <p><b>6. Herzklappenersatz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operativer Ersatz einer oder mehrerer Herzklappen durch künstliche Klappen. Eingeschlossen sind der Ersatz der Aorten-, Mitralklappen, Trikuspidal- oder Pulmonalklappen durch künstliche Klappen wegen einer Stenose, einer Insuffizienz oder einer Kombination dieser Erkrankungen. Herzklappenkorrektur, Valvulomie und Valvuloplastik sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.</li> <li>- Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der durchgeführten Operation.</li> </ul> <p><b>7. HIV-Infektion - beruflich erworben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-Infektion, die nach Versicherungsbeginn während der Ausübung der Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf durch einen Arbeitsunfall oder im Umgang mit Blut bzw. einer Körperflüssigkeit/-gewebe erworben wurde.</li> <li>- Die versicherte Person muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Unfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt. Die Serokonversion muss sich innerhalb von 6 Monaten nach dem Arbeitsunfall ereignen.</li> <li>- Der Arbeitsunfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein. Die HIV-Infektion muss durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.</li> <li>- Mit Anerkennung unserer Leistungspflicht entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung zu dem Zeitpunkt des ärztlichen Erstdiagnose der HIV-Infektion.</li> <li>- Diese Erkrankung ist nur solange versichert, solange nicht durch eine Impfung eine vorbeugende Immunität erworben werden kann und solange keine zulässige Therapieform existiert, die zur Ausheilung führt.</li> </ul>	<p><b>5. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Klinische Diagnose eines bleibenden Untergangs eines Bezirks der Herzmuskulatur durch ungenügende Durchblutung des entsprechenden Gewebes. Die Diagnose muss gesichert sein durch Auftreten der typischen Brustschmerzen in der Anamnese, deutlich erhöhte Werte der herzmuskelspezifischen Fermente und durch frische, typische EKG-Veränderungen. Ausgeschlossen sind stumme Herzinfarkte.</li> <li>- Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung zum Zeitpunkt des Herzinfarkts.</li> </ul> <p><b>6. Herzklappenersatz</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Operativer Ersatz einer oder mehrerer Herzklappen durch künstliche Klappen. Eingeschlossen sind der Ersatz der Aorten-, Mitralklappen, Trikuspidal- oder Pulmonalklappen durch künstliche Klappen wegen einer Stenose, einer Insuffizienz oder einer Kombination dieser Erkrankungen. Herzklappenkorrektur, Valvulomie und Valvuloplastik sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.</li> <li>- Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der durchgeführten Operation.</li> </ul> <p><b>7. HIV-Infektion - beruflich erworben</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- HIV-Infektion, die nach Versicherungsbeginn während der Ausübung der Tätigkeit in einem anerkannten Ausbildungsberuf durch einen Arbeitsunfall oder im Umgang mit Blut bzw. einer Körperflüssigkeit/-gewebe erworben wurde.</li> <li>- Die versicherte Person muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Unfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt. Die Serokonversion muss sich innerhalb von 6 Monaten nach dem Arbeitsunfall ereignen.</li> <li>- Der Arbeitsunfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein. Die HIV-Infektion muss durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.</li> <li>- Mit Anerkennung unserer Leistungspflicht entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung zu dem Zeitpunkt des ärztlichen Erstdiagnose der HIV-Infektion.</li> <li>- Diese Erkrankung ist nur solange versichert, solange nicht durch eine Impfung eine vorbeugende Immunität erworben werden kann und solange keine zulässige Therapieform existiert, die zur Ausheilung führt.</li> </ul>		

§ 1  
Fortsetzung**8. Koma**

- Ein Zustand von Bewusstlosigkeit, bei dem der Bewusstlose keine Reaktion auf äußere Reize oder innere Bedürfnisse (z.B. Blasen-, Mastdarmfunktion) zeigt. Der Zustand muss unter Einsatz lebensaufrechterhaltender Systemen andauernd für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden bestehen.
- Außerdem muss das Koma ein andauerndes neurologisches Defizit nach sich ziehen.
- Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Eintritt des Koma.

**9. Krebs**

- Eindeutige (histologisch gesicherte) Diagnose eines malignen Tumors, der charakterisiert ist durch unkontrolliertes Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastasierungstendenz.
- Eingeschlossen sind bösartige Krankheiten des lymphatischen Systems, Leukämie und invasive maligne Melanome der Haut.
- Ausgeschlossen sind alle sonstigen Hauttumore, nichtinvasive Carcinoma-in-situ (z.B. der Cervix des Uterus, der Harnblase), isolierte Knoten der Brustdrüse und Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion.
- Mit der gesicherten ärztlichen Erstdiagnose entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung.
- Wird die Krebsdiagnose innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes gestellt, so wird keine Versicherungsleistung fällig. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes der DDZ gilt dieselbe Wartezeit auch für den Erhöhungsbetrag.

**10. Lähmungen (Paralyse)**

- Vollständiger und dauerhafter Funktionsverlust mindestens zweier Extremitäten durch eine Lähmung auf Grund von Unfall oder Erkrankungen.
- Der Anspruch entsteht bei Nachweis durch einen Facharzt für Neurologie mit Auftreten der Lähmungen.

**11. Morbus Alzheimer**

- Eindeutige klinische Diagnose einer Demenz vom Alzheimer Typ (Alzheimersche Erkrankung) durch einen Facharzt für Neurologie bzw. Psychiater.
- Es ist ärztlich nachzuweisen, dass die Erkrankung der versicherten Person dazu geführt hat, dass sie ohne Hilfe einer anderen Person mindestens 3 der nachfolgenden Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr alleine ausführen kann:
  - a) Körperpflege,
  - b) An- und Auskleiden,
  - c) Toilettenbenutzung,
  - d) Einnahme von Mahlzeiten und Medikamenten,
  - e) Zubettgehen und Aufstehen,
  - f) Kontinenz.
- Auch eine ärztlich nachgewiesene und seit 3 Monaten andauernde Beaufsichtigung unter permanenter Anwesenheit einer Pflegeperson vermag bei gesicherter Diagnose des Morbus Alzheimer den Leistungsanspruch zu begründen.
- Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Erfüllung der vorstehenden Voraussetzungen.

**12. Morbus Parkinson**

- Eindeutige Diagnose eines Morbus Parkinson durch einen Facharzt für Neurologie.
- Andere Formen von Parkinson'schen Krankheiten, z.B. auf Grund von Drogen oder sonstigen toxischen Stoffen, sind ausgeschlossen.
- Es ist ärztlich nachzuweisen, dass die Erkrankung der versicherten Person dazu geführt hat, dass sie ohne Hilfe einer anderen Person mindestens 3 der nachfolgenden

Aktivitäten des täglichen Lebens nicht mehr alleine ausführen kann:

- a) Körperpflege,
- b) An- und Auskleiden,
- c) Toilettenbenutzung,
- d) Einnahme von Mahlzeiten und Medikamenten,
- e) Zubettgehen und Aufstehen,
- f) Kontinenz.

Auch eine ärztlich nachgewiesene und seit 3 Monaten andauernde Bettlägerigkeit mit der Unfähigkeit aufzustehen vermag bei gesicherter Diagnose des Morbus Parkinson den Leistungsanspruch zu begründen.

- Bei ärztlichem Nachweis entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung mit Erfüllung der vorstehenden Voraussetzungen.

**13. Multiple Sklerose**

- Eindeutige (durch Computer- oder Kernspintomographie gesicherte) Diagnose der Multiplen Sklerose durch einen Neurologen.
- Die ärztlich dokumentierten neurologischen Ausfälle müssen während einer Periode von mindestens 3 Monaten andauert haben oder es muss mindestens einen Rückfall gegeben haben. Es müssen typische Symptome der Demyelinisierung und eine Behinderung der motorischen, sensorischen (einschließlich sensiblen) Funktion vorliegen.
- Mit der gesicherten ärztlichen Diagnose entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung.
- Wird die Diagnose der Multiplen Sklerose innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes gestellt, so wird keine Versicherungsleistung fällig. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes der DDZ gilt dieselbe Wartezeit auch für den Erhöhungsbetrag.

**14. Nierenversagen**

- Chronische Niereninsuffizienz beider Nieren im terminalen Stadium, die nur durch Dauer-Dialyse behandelt werden kann oder eine Nierentransplantation erfordert.
- Der Anspruch auf Leistung entsteht nach Beginn der Dialyse oder Durchführung der Transplantation.
- Wird die Diagnose des Nierenversagens innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes gestellt, so wird keine Versicherungsleistung fällig. Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes der DDZ gilt dieselbe Wartezeit auch für den Erhöhungsbetrag.

**15. Organtransplantation**

- Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Knochenmark, wobei die versicherte Person Empfänger ist.
- Der Anspruch auf Leistung entsteht mit der durchgeführten Transplantation.

**16. Schlaganfall**

- Jeglicher zerebrovaskulärer Insult mit über mehr als 24 Stunden andauernden neurologischen Folgeerscheinungen einschließlich Hirninfarkt, Blutung und Embolie extrakraniellen Ursprungs.
- Die neurologischen Ausfallerscheinungen müssen nachweislich während mindestens 3 Monaten nach dem Schlaganfall andauert haben.
- Von dem Versicherungsschutz sind insbesondere flüchtige Hirndurchblutungsstörungen, die sich ohne Folgen zurückbilden, ausgeschlossen.
- Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit Vorliegen der gesicherten ärztlichen Diagnose in obigem Sinn.

**17. Schwere Verbrennungen**

- Verbrennungen 3. Grades an mehr als 20% der Körperoberfläche.

§ 1 Fortsetzung	<p>- Der Anspruch auf Leistung entsteht bei ärztlichem Nachweis mit Eintritt der Verbrennungen.</p> <p><b>18. Sprachverlust</b></p> <p>- Vollständiger und bleibender Verlust der Sprachfähigkeit, der auf eine Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder zurückzuführen ist. Dieser ist fachärztlich nachzuweisen.</p> <p>- Mit der gesicherten ärztlichen Erstdiagnose entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung.</p>	<p><b>19. Taubheit</b></p> <p>- Vollständiger und bleibender Verlust der Hörfähigkeit auf beiden Ohren für jegliche Geräusche. Dieser ist fachärztlich u. a. mit audiometrischer Untersuchung und Tonschwellentest nachzuweisen.</p> <p>- Mit der gesicherten ärztlichen Erstdiagnose entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung.</p> <p><b>20. Verlust von Gliedmaßen</b></p> <p>- Der bleibende Verlust von 2 oder mehr Gliedmaßen oberhalb von Hand- bzw. Fußgelenk.</p> <p>- Der Anspruch auf Leistung entsteht bei ärztlichem Nachweis mit Eintritt des Verlustes.</p>
§ 2 Welche Leistung ist versichert?	(1) Wir zahlen die vereinbarte Versicherungssumme, wenn die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine der in § 1 genannten schweren Erkrankungen erleidet und sie den bei der jeweiligen schweren	Erkrankung näher geregelten Zeitpunkt des Entstehens des Leistungsanspruchs um mindestens 30 Tage überlebt. (2) Mit der Zahlung der Versicherungssumme erlischt die DDZ.
§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	<p>(1) Ein Anspruch auf Versicherungsleistung besteht nicht, wenn eine der in § 1 genannten schweren Erkrankungen verursacht ist:</p> <p>a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Wir leisten jedoch, wenn eine der in § 1 genannten schweren Erkrankungen durch kriegerische Ereignisse verursacht wurde, denen die versicherte Person während eines Aufenthalts ausserhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;</p> <p>b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;</p> <p>c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;</p> <p>d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich eine der in § 1 genannten schweren Erkrankungen der versicherten Person herbeigeführt haben;</p> <p>e) durch Strahlen infolge Kernenergie, denen die versicherte Person nicht beruflich oder medizinisch veranlasst ausgesetzt war.</p> <p>f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Absatz 1 a) bleibt unberührt.</p> <p>(2) Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet, wenn eine oder mehrere der in § 1 genannten schweren Erkrankungen in Gegenwart einer nicht § 1 Ziff. 7 unterfallenden HIV-Infektion entstanden sind.</p> <p>(3) Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zum Rücktritts- und Anfechtungsrecht des Versicherers finden Sie in "Teil C Bedingungen für Lebensversicherungen mit Gesundheitsprüfung" Ihrer Hauptversicherung.</p>	<p>cherte Person nicht beruflich oder medizinisch veranlasst ausgesetzt war.</p> <p>f) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird. Absatz 1 a) bleibt unberührt.</p> <p>(2) Wir sind nicht zur Leistung verpflichtet, wenn eine oder mehrere der in § 1 genannten schweren Erkrankungen in Gegenwart einer nicht § 1 Ziff. 7 unterfallenden HIV-Infektion entstanden sind.</p> <p>(3) Bei Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht oder bei arglistiger Täuschung kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen entfallen. Die Regelungen zur vorvertraglichen Anzeigepflicht und zum Rücktritts- und Anfechtungsrecht des Versicherers finden Sie in "Teil C Bedingungen für Lebensversicherungen mit Gesundheitsprüfung" Ihrer Hauptversicherung.</p>
§ 4 Was ist im Versicherungsfall zu beachten?  Welche Fristen gelten?	<p>(1) Leistungen aus der DDZ erbringen wir gegen Vorlage des Versicherungsscheins.</p> <p>(2) Der Eintritt einer der in § 1 genannten schweren Erkrankungen bei der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer den in § 1 bei der jeweiligen schweren Krankheit näher bezeichneten ärztlichen Nachweisen sind uns folgende Unterlagen einzureichen</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalls,</li> <li>- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt haben, über Ursachen, Beginn, Art und Verlauf des Leidens.</li> </ul> <p>Die hierdurch entstehenden Kosten hat die ansprucherhebende Person zu tragen.</p> <p>(3) Bei schwerer Erkrankung außerhalb des Gebiets der Europäischen Gemeinschaft können wir verlangen, dass die zur Feststellung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise von einem im Gebiet der Europäischen Gemeinschaft niedergelassenen Arzt auf Kosten der die Leistung beanspruchenden Person erstellt werden.</p>	<p>(4) Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Wir werden die erforderlichen Erhebungen nur auf die Zeit vor der Antragsannahme, die nächsten 5 Jahre danach und das Jahr vor dem Eintritt der schweren Erkrankung der versicherten Person erstrecken.</p> <p>(5) Die mit diesen Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.</p> <p>(6) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere notwendige Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.</p> <p>(7) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung verjährt in 5 Jahren, beginnend mit dem Schluss des Jahres, in welchem die Leistung erstmals verlangt werden kann.</p>
§ 5 Wann entscheiden wir über den Anspruch auf Versicherungsleistung und welche Fristen gelten?	<p>(1) Nach Prüfung der uns eingereichten und der von uns herangezogenen Unterlagen sind wir verpflichtet, innerhalb eines Monats gegenüber der ansprucherhebende Person zu erklären, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen.</p> <p>(2) Wenn die ansprucherhebende Person mit dieser Entscheidung nicht einverstanden ist, kann sie innerhalb</p>	<p>von 6 Monaten nach Zugang unserer Entscheidung ihre Ansprüche gerichtlich geltend machen.</p> <p>(3) Lässt die ansprucherhebende Person die 6-monatige Frist verstreichen, ohne dass sie ihre Ansprüche gerichtlich geltend gemacht hat, sind weitergehende Ansprüche, als von uns festgestellt, ausgeschlossen.</p>

**§ 6**  
**Wie ist das Verhältnis**  
**der DDZ zur Hauptver-**  
**sicherung?**

(1) Die DDZ bildet zusammen mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden.

Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet oder die Beitragszahlungsdauer der Hauptversicherung abläuft, so erlischt auch die DDZ.

Bei Versicherungen mit Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen besteht die DDZ auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person beitragsfrei wird.

(2) Stellen Sie die Hauptversicherung beitragsfrei, so erlischt die DDZ. Für sich allein können Sie die DDZ nicht beitragsfreistellen.

Sie können eine DDZ für sich allein kündigen.

Einen Rückkaufswert aus der DDZ - soweit vorhanden - erhalten Sie im Fall der Kündigung nur, wenn Sie die DDZ zusammen mit der Hauptversicherung kündigen. Er entspricht nicht der Summe der eingezahlten Beiträge, sondern wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik als Zeitwert ihrer Versicherung berechnet, vermindert um einen angemessenen Abzug. Der Ab-

zug beträgt 2,5 % der Differenz zwischen der Versicherungssumme und der dann erreichten Deckungsrückstellung\*). Wird eine beitragspflichtige Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt, erlischt die mitversicherte DDZ. Ein eventuell vorhandener Rückkaufswert wird für die Erhöhung der beitragsfreien Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet.

(3) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung reduziert sich der Versicherungsschutz aus der DDZ im gleichen Verhältnis wie die Hauptversicherung.

(4) Anerkannte, festgestellte oder angemeldete Ansprüche aus der DDZ werden durch Rückkauf oder Umwandlung der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungsleistung nicht berührt.

(5) Die Zusatzversicherung ist nicht überschussberechtigt.

(6) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

\*) Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.

Deren Berechnung wird nach § 65 des Versicherungsauf-

sichtsgesetzes (VAG) und § 341e, 341f des Handelsgesetzbuchs (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen geregelt.