

Besondere Bedingungen für die Zusatzversicherung bei bestimmten schweren Erkrankungen (Dread Disease)

Sehr geehrte Kundin und sehr geehrter Kunde!

Als Versicherungsnehmer/-in sind Sie unser/-e Vertragspartner/-in; für unser Vertragsverhältnis werden die nachstehenden Bedingungen vereinbart.

§ 1 Was ist versichert?

1. Erleidet die versicherte Person während der Dauer des Versicherungsschutzes eine der in § 2 bestimmten schweren Erkrankungen, erhält die anspruchsberechtigte Person eine Vorauszahlung in der vereinbarten Höhe aus der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen ist. Wenn zwei Personen versichert sind und der Versicherungsfall (siehe § 2) bei beiden eintritt, wird die Leistung nur einmal fällig.
2. Durch die Vorauszahlung vermindern sich die Versicherungssumme und der Beitrag der Hauptversicherung entsprechend. Die Zusatzversicherung erlischt.

§ 2 Welche bestimmten schweren Erkrankungen sind versichert?

Bestimmte schwere Erkrankungen im Sinne des § 1 sind folgende ärztlich festgestellten Erkrankungen bzw. Operationen:

1. Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

- a) Die versicherte Person erleidet eine bleibende Schädigung oder Zerstörung von Herzmuskelgewebe durch ungenügende Durchblutung des entsprechenden Gewebes. Die Diagnose des Herzinfarktes muss durch plötzlich eintretende starke Schmerzen in der Herzgegend, deutlich erhöhte Werte der herzmuskelspezifischen Fermente und durch neu aufgetretene, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen nachgewiesen sein. Ausgeschlossen sind stumme Herzinfarkte.
- b) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten ärztlichen Diagnose.

2. Bypass-Operationen

- a) Die versicherte Person leidet an einer Verengung der Herzkranzgefäße, die eine Operation derselben erfordert, die durch eine Angiographie nachzuweisen ist. Es muss eine Bypass-Operation durchgeführt worden sein zur Korrektur von mindestens zwei koronaren Arterien.
- b) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der durchgeführten Operation.
Alle übrigen Behandlungsmethoden (wie z. B. koronare Angioplastie oder andere intraarterielle Behandlungen) sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

3. Krebs

- a) Die versicherte Person leidet an einem oder mehreren bösartigen Tumoren. Die Bösartigkeit des Tumors muss durch eine mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) oder durch eine andere, von der Schulmedizin überwiegend anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein. Eingeschlossen sind bösartige Krankheiten des lymphatischen Systems, Leukämie und in das benachbarte Bindegewebe übergreifende bösartige Geschwulste der Haut (invasive maligne Melanome).
- b) Ausgeschlossen sind Carcinoma in situ (nichtinvasive Oberflächenkarzinome z. B. des Gebärmutterhalses, der Harnblase), isolierte Knoten der Brustdrüse und alle Hautkrebsarten, außer den oben genannten bösartigen Geschwülsten der Haut.
Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten ärztlichen Diagnose.

4. Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

- a) Die versicherte Person erleidet einen Schlaganfall, verbunden mit dem plötzlichen Auftreten neurologischer Ausfallerscheinungen während mehr als 24 Stunden (z. B. Halbseitenlähmung mit oder ohne Bewusstseinsverlust). Die neurologischen Ausfallerscheinungen müssen nachweislich während der Dauer des Versicherungsschutzes begonnen haben und mindestens drei Monate nach dem Schlaganfall angedauert haben. Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten ärztlichen Diagnose.
- b) Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen, die sich ohne Folgen zurückbilden.

5. Nierenversagen

Die versicherte Person leidet an chronischem Nierenversagen beider Nieren im Endstadium, das nur durch Dauer-Dialyse behandelt werden kann oder eine Nierentransplantation erfordert.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht nach Beginn der Dialyse bzw. Durchführung der Transplantation.

6. Multiple Sklerose

Die versicherte Person leidet an neurologischen Ausfällen. Diese müssen während der Dauer des Versicherungsschutzes begonnen haben und mindestens drei Monate angedauert haben oder es muss mindestens einen Rückfall gegeben haben. Es müssen typische Symptome der Entmarkung des Zentralnervensystems (Demyelinisierung) und eine Behinderung der motorischen, sensorischen (einschließlich sensiblen) Funktion vorliegen.

Der Anspruch auf die Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten Diagnose durch einen Neurologen.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der bestimmten schweren Erkrankung gekommen ist.
2. Wir leisten jedoch nicht, wenn die bestimmte schwere Erkrankung verursacht ist:
 - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
 - b) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten;
 - c) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir leisten;
 - d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erkrankung des Versicherten herbeigeführt hat;
 - e) durch Beteiligung an Fahrtveranstaltungen mit Kraftfahrzeugen, bei denen es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt, und den dazugehörigen Übungsfahrten;
 - f) durch energiereiche Strahlen mit einer Härte von mindestens 100 Elektronen-Volt, durch Neutronen jeder Energie, durch Laser- oder Maser-Strahlen und durch künstlich erzeugte ultraviolette Strahlen. Soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, werden wir leisten.
3. Wir sind ebenfalls nicht zur Leistung verpflichtet, wenn eine der in § 2 genannten schweren Erkrankungen durch eine HIV-Infektion oder durch Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmissbrauch verursacht wurde.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag gezahlt und wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich bestätigt haben oder Ihnen der Versicherungsschein ausgehändigt wurde. Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.
2. Für die schweren Erkrankungen Bypass-Operation, Krebs, Nierenversagen und Multiple Sklerose beginnt der Versicherungsschutz erst 3 Monate nach dem in Absatz 1 bestimmten Zeitpunkt.

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

Wir können für diese Zusatzversicherung die Beiträge auch für bestehende Versicherungen erhöhen bzw. bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag oder bei beitragsfreien Versicherungen zusätzliche Beiträge verlangen.

Die Erhöhung kann frühestens vom zweiten Versicherungsjahr an erfolgen. Die Beitragserhöhung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens acht Wochen vor dem Erhöhungstermin schriftlich angekündigt haben.

Die Beitragserhöhung kann nur erfolgen, wenn ein unabhängiger Treuhänder*) die Änderung überprüft und deren Angemessenheit bestätigt (§ 11b VAG).

*) Der unabhängige Treuhänder wird einer Beitragserhöhung nur zustimmen, wenn
a) eine Zunahme der Aufwendungen für Versicherungsfälle eingetreten ist und dies zu einem Verlust bei der Bestandsgruppe der nach diesen Bedingungen abgeschlossenen Versicherungen geführt hat.
b) die Beitragserhöhung erforderlich ist, damit wir auf Dauer unseren Leistungsverpflichtungen aus den abgeschlossenen Versicherungen nachkommen können.

§ 6 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen aus der Versicherung verlangt werden?

1. Wird eine Leistung aus dieser Zusatzversicherung verlangt, sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
 - a) der Versicherungsschein und der Nachweis der letzten Beitragszahlung;
 - b) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der bestimmten schweren Erkrankungen;
 - c) ausführliche Berichte der Ärzte, welche die versicherte Person behandeln, behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens;
2. Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.
3. Bei einer bestimmten schweren Erkrankung außerhalb des Gebietes der Europäischen Gemeinschaft können wir verlangen, dass die zur Feststellung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise von einem im Gebiet der Europäischen Gemeinschaft niedergelassenen und von uns bestimmten Arzt auf Kosten des die Leistung Beanspruchenden erstellt werden.
4. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt der Ansprucherhebende.
5. Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere notwendige Nachweise sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen, insbesondere Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen sie in Behandlung war, andere Personenversicherer und Behörden – mit Ausnahme von Sozialversicherungsträgern – unter Entbindung von der Schweigepflicht zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

§ 7 Bis wann und wie können bei Meinungsverschiedenheiten Rechte geltend gemacht werden?

1. Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, kann er innerhalb von sechs Monaten nach Zugang unserer Entscheidung gerichtlich gegen uns vorgehen.
2. Lässt der Ansprucherhebende die Sechsmonatsfrist verstreichen, ohne dass er gerichtlich gegen uns vorgeht, sind weitergehende Ansprüche, als wir sie anerkannt haben, ausgeschlossen. Auf diese Rechtsfolgen werden wir in unserer Leistungserklärung besonders hinweisen.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

1. Die Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit; sie kann ohne diese nicht fortgesetzt werden.

Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch diese Zusatzversicherung. Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir binnen zehn Jahren seit Vertragsabschluss vom Vertrag zurücktreten.
2. Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. In den letzten zehn Versicherungsjahren vor Ablauf der Hauptversicherung kann die Zusatzversicherung jedoch nur zusammen mit dieser gekündigt werden.

Einen Rückkaufswert aus der Zusatzversicherung können Sie nicht erhalten.
Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.
3. Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Das Verhältnis zwischen der Zusatzversicherungs-Summe und der Leistung aus der Hauptversicherung wird durch Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Zusatzversicherungs-Summe errechnen wir nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik. Der aus der Zusatzversicherung für die Bildung der beitragsfreien Summe zur Verfügung stehende Betrag mindert sich um einen als angemessen angesehenen Abzug in Höhe von 10 %, jedoch mindestens 5 % der Zusatzversicherungs-Summe, sowie um rückständige Beiträge (vgl. den Paragraphen „Können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?“, Absatz „Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung“ der Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung).
4. Eine Fortführung der Zusatzversicherung unter Befreiung von der Beitragszahlungspflicht gemäß Absatz 3 ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Zusatzversicherungs-Summe mindestens 500 € beträgt. Andernfalls wird der sich nach Absatz 3 ergebende Betrag zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet.
5. Bei Herabsetzung der versicherten Leistung aus der Hauptversicherung gelten die Absätze 2 bis 4 entsprechend.
6. Wenn Sie die Hauptversicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln, wandelt sich auch die Zusatzversicherung ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung mit herabgesetzter Versicherungssumme um, sofern die oben genannte Mindestsumme nicht unterschritten wird.

Andernfalls wird ein vorhandener Zeitwert der Zusatzversicherung zur Erhöhung der beitragsfreien Versicherungsleistung der Hauptversicherung verwendet.

7. Die Zusatzversicherung ist grundsätzlich gesondert am Überschuss beteiligt. Sie gehört dem Gewinnverband DDZ2005 in der Bestandsgruppe DDZ Dread Disease-Zusatzversicherungen an.

Die einzelne Versicherung erhält laufende Überschussanteile. Darüber hinaus werden Schlussüberschussanteile gewährt. Die laufenden und die Schlussüberschussanteile werden in Prozent des gewinnberechtigten Jahresbeitrags bemessen.
Die Schlussüberschussanteile werden bei Ablauf oder Eintritt des Leistungsfalls in voller Höhe, bei Tod oder Kündigung in reduzierter Höhe ausgezahlt, bei Ablauf der Beitragszahlungsdauer zur Erhöhung der Versicherungsleistung verwendet.
Mit Zustimmung des Versicherungsnehmers können die Überschussanteile zur Verminderung einer Beitragserhöhung gemäß § 5 verwendet werden.
8. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.