

Bedingungen für die SchnellHilfe-Zusatzversicherung (SH2006) (GN233104_022006)

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Welche schweren Erkrankungen sind versichert?
- § 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen schwerer Erkrankung verlangt werden?
- § 5 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 6 Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 7 Welche Überschußanteile erhalten Sie?
- § 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

§ 1 Was ist versichert?

(1) Erleidet die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung eine der in § 2 beschriebenen schweren Erkrankungen und überlebt sie mindestens 30 Tage ab dem Tag der fachärztlich nachgewiesenen Diagnose, beim Nierenversagen ab dem Tag der ersten Dialysebehandlung bzw. ab dem Datum der erfolgten Nierentransplantation, so erbringen wir die Versicherungssumme aus der Zusatzversicherung. Mit Auszahlung dieser Leistung erlischt die Zusatzversicherung.

(2) Bei Tod der versicherten Person wird keine Leistung fällig und die Zusatzversicherung erlischt. Ist bei einer Versicherung auf verbundene Leben die SchnellHilfe-Zusatzversicherung für jede versicherte Person eingeschlossen, so wird bei Tod einer versicherten Person das Deckungskapital (vgl. § 6 Absatz 2) der SchnellHilfe-Zusatzversicherung der noch lebenden Person ausbezahlt und die Zusatzversicherung erlischt.

§ 2 Welche schweren Erkrankungen sind versichert?

(1) Herzinfarkt (Myokardinfarkt)

Absterben eines Teils des Herzmuskels (Myokard) infolge eines ischämischen Ereignisses (mangelnde Sauerstoffzufuhr), das zu einer dauerhaften behandlungsbedürftigen Funktionsstörung des Herzens (Herzinsuffizienz, Herzrhythmusstörungen) führt.

Voraussetzung für die Leistung ist, daß fachärztlich ein frischer mit charakteristischen Brustschmerzen einhergehender und anhand aussagekräftiger kardiologischer Befunde eindeutig belegter Herzinfarkt sowie eine dadurch verursachte voraussichtlich mindestens drei Monate bestehende behandlungsbedürftige Funktionsstörung des Herzens belegt werden.

Ein stummer Herzinfarkt sowie andere akute Koronarsyndrome (z.B. Angina pectoris) sind nicht versichert.

(2) Schlaganfall (Gehirnschlag, Apoplexie)

Dauerhafte fachärztlich aufgrund entsprechender bildgebender Diagnostik (Computertomographie, Kernspintomographie) nachgewiesene Schädigung des Gehirns durch einen frischen nach einer Gehirnblutung, Thrombose oder Embolie erlittenen Hirninfarkt.

Voraussetzung für die Leistung ist, daß zudem ein voraussichtlich mindestens drei Monate bestehender Verlust neurologischer Fähigkeiten fachärztlich nachgewiesen wird.

Nicht in den Versicherungsschutz eingeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA, PRIND), die sich ohne Folgen zurückbilden, sowie migränebedingte neurologische Ausfallserscheinungen.

(3) Krebs (maligne Tumoren)

Ein bösartiger Tumor, der durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist.

In den Versicherungsschutz eingeschlossen sind Leukämien und Lymphknotenkrebs (maligne Lymphome).

Ausgeschlossen sind:

- alle Tumoren, die histologisch nicht eindeutig als bösartig beschrieben werden;
- alle Carcinomata in situ (spezielle Kriterien erfüllende Anfangsstadien bösartiger Tumoren);
- alle CIN Stadien (speziell definierte Vorläufer- bzw. Frühstadien bösartiger Tumoren des Gebärmutterhalses);
- alle Hautkreberkrankungen; maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5 mm (Clark-Level IV und V) sind jedoch in den Versicherungsschutz eingeschlossen;
- frühe Stadien des Seminoms (spezielle Form des Hodentumors) und Prostatakarzinoms (TNM-Klassifikation: T1).

Voraussetzung für die Leistung ist die histologisch gesicherte onkologische Diagnose.

(4) Benigner Hirntumor (Gutartiger Hirntumor)

Nicht bösartiger Tumor des Gehirns oder der Hirnanhangdrüse (Hypophyse), der zu bleibenden neurologischen Ausfallserscheinungen führt. Ausdrücklich ausgeschlossen sind alle Zysten, Granulome, Neurinome, Fehlbildungen der Hirnarterien oder Hirnvenen, Hämatome und Tumoren der Wirbelsäule.

Voraussetzung für die Leistung ist, daß fachärztlicherseits aufgrund entsprechender Untersuchungsbefunde bestätigt wird, daß die durch einen gutartigen Hirntumor verursachten neurologischen Ausfallserscheinungen voraussichtlich mindestens drei Monate bestehen.

(5) Nierenversagen (Niereninsuffizienz)

Endgültiges nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse oder eine Nierentransplantation durchgeführt werden muß.

Voraussetzung für die Leistung ist die fachärztlich gesicherte Indikation für die Dialyse.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur schweren Erkrankung gekommen ist.

(2) Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht, wenn die schwere Erkrankung verursacht ist:

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; diese Einschränkung gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen erkrankt, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;

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;

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;

d) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erkrankung der versicherten Person herbeigeführt haben;

e) durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, daß zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer

Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist;

f) unmittelbar oder mittelbar im Zusammenhang mit dem vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder dem vorsätzlichen Einsatz oder der vorsätzlichen Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet ist, 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 geleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.

§ 4 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen schwerer Erkrankung 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) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchshebende zu tragen.

(2) Wir können außerdem - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Alten- und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und zu welchem Zeitpunkt wir eine Leistungspflicht anerkennen.

§ 6 Wann können Sie die Zusatzversicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufwertes

(1) Die Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. Sie erhalten in diesem Fall - soweit entstanden - einen vertraglich festgelegten Rückkaufwert.

Der Rückkaufwert entspricht nicht der Summe der von Ihnen eingezahlten Beiträge, sondern dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechneten Deckungskapital zum Kündigungszeitpunkt, vermindert um einen als angemessen angesehenen Abzug in Höhe von 1 % der Versicherungssumme bei Versicherungen gegen laufenden Beitrag bzw. 10 % des Deckungskapitals bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag.

(2) Das Deckungskapital der Schnellhilfe-Zusatzversicherung ist nur dazu bestimmt, den in den ersten Versicherungsjahren zur Bestreitung der rechnermäßigen Leistungsfälle nicht benötigten Teil des Beitrags verzinslich anzusammeln, damit später das mit zunehmenden Alter der versicherten Person steigende Krankheitsrisiko ausgeglichen werden kann. Das Deckungskapital der Schnellhilfe-Zusatzversicherung ist infolgedessen während der ganzen Versicherungsdauer im Verhältnis zu den gezahlten Beiträgen sehr niedrig und bei Ablauf der Zusatzversicherung völlig aufgebraucht.

Umwandlung in eine beitragsfreie Zusatzversicherung

(3) Anstelle einer Kündigung können Sie verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. In diesem Fall erlischt die Zusatzversicherung und ein vorhandener Rückkaufwert wird der Hauptversicherung gutgebracht.

§ 7 Welche Überschußanteile erhalten Sie?

(1) Die Zusatzversicherung ist am Überschuß beteiligt. Zu welcher Bestandsgruppe Ihre Zusatzversicherung gehört, können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. In Abhängigkeit von dieser Zuordnung erhält Ihre Zusatzversicherung jährlich Überschußanteilsätze. Wir veröffentlichen die Überschußanteilsätze in unserem Geschäftsbericht.

(2) Die Überschußbeteiligung erfolgt bei beitragspflichtigen Versicherungen in Form von laufenden Überschußanteilen, die in Prozent der Beitragsteile eines Jahres für die Schnellhilfe-Zusatzversicherung gewährt werden.

Diese laufenden Überschußanteile werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres für den Teil des Versicherungsjahres, für den die Beitragsraten gezahlt wurden, gutgeschrieben und in der Regel verzinslich angesammelt; sie können auch mit den laufenden Zusatzbeiträgen verrechnet oder (außer bei einer Fondsgebundenen Lebens- oder Rentenversicherung als Hauptversicherung) dem Investmentfonds bzw. Fondsdepot des Haupttarifs zugeführt werden (Invest-Bonus).

(3) Für Zusatzversicherungen gegen Einmalbeitrag wird zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres ein laufender Überschußanteil in Prozent des zum Ende des Versicherungsjahres vorhandenen Deckungskapitals gewährt und verzinslich angesammelt; die Überschußanteile können auch dem Investmentfonds bzw. Fondsdepot des Haupttarifs zugeführt werden (Invest-Bonus).

(4) In einzelnen Versicherungsjahren kann aufgrund eines ungünstigen Risikoverlaufs eine Zuteilung von Überschüssen entfallen.

§ 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

(1) Die Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, bei Rentenversicherungen spätestens zum Ablauf der Aufschubdauer, erlischt auch die Zusatzversicherung. Die Schnellhilfe-Zusatzversicherung besteht auch dann fort, wenn die Hauptversicherung wegen Berufsunfähigkeit der versicherten Person ganz oder teilweise beitragsfrei wird.

(2) Abweichend von der Regelung über die vorvertragliche Anzeigepflicht in den Allgemeinen Bedingungen für die jeweilige Hauptversicherung können wir von der Zusatzversicherung binnen fünf Jahren seit Vertragsschluß - bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten fünf Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist - zurücktreten, wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind.

(3) Die Zusatzbeiträge sind zusammen mit den Beiträgen für die Hauptversicherung bis zum Eintritt des Leistungsfalls, längstens jedoch bis zum Ablauf der Versicherungsdauer der Zusatzversicherung zu entrichten. Bei Tod gelten für die Beitragszahlung die Regelungen gemäß § 2 der Tarifbedingungen für die Hauptversicherung.

(4) Die Zusatzversicherung erlischt, wenn und soweit die Hauptversicherung entsprechend den Allgemeinen Bedingungen in eine beitragsfreie Versicherung umgewandelt wird.

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