



Stand **Januar 2019**

VERSICHERUNGS- BEDINGUNGEN

**SCHWERE KRANKHEITEN
VORSORGE**

INHALT DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE

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

§ 21 Wann können Sie Ihren Schutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?.....	8
§ 22 In welchen Fonds wird Ihr Beitrag angelegt? Wie sind Sie an ihm beteiligt? Wie wird der Fonds verwaltet?	9
§ 23 Wie erfolgt die Zuteilung der Fondsanteile für Ihre Beiträge?	9
§ 24 Was ist der Unterschied zwischen dem Ausgabekurs und dem Rücknahmekurs für die Fondsanteile? Wie wird Ihr Anteilguthaben berechnet?.....	10
§ 25 Wie werden der Fondswert sowie der Ausgabe- und Rücknahmekurs ermittelt? Wie oft findet eine Ermittlung statt?.....	10
§ 26 Welche Tage sind für den Kurs maßgeblich?.....	11
§ 27 Wann kommen Sie in den Genuss eines Treuebonus?.....	11
§ 28 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?	11
§ 29 Verjährung.....	12
§ 30 Was ist zu beachten, wenn Leistungen erbracht werden?.....	12
§ 31 Welche Kosten und Gebühren fallen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge an?	12
§ 32 Wann nehmen wir eine Vertragsüberprüfung vor? Wann können wir eine erneute Risikoprüfung verlangen?	13
§ 33 Wie werden die Risikokosten ermittelt? Können die Risikokosten oder die Beiträge von uns angepasst werden?	14
§ 34 Können wir die Kosten für den Risikoschutz ändern?.....	14
§ 35 Wann werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die die Schwere Krankheiten Vorsorge betreffen, wirksam? Welche Formvorschriften gelten? Wem gegenüber können sie abgegeben werden? Welche Auskunftspflichten haben Sie?.....	14
§ 36 Sind Sie an den Überschüssen beteiligt?	15
§ 37 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?	15
§ 38 Wo ist der Gerichtsstand?.....	15
§ 39 Können die Versicherungsbedingungen oder deren Anlagen von uns angepasst werden?	15
§ 40 Welche Schlichtungsstelle gibt es?.....	15
§ 41 Übersicht der Definitionen	16

ANLAGE 1 ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Versicherte schwere Krankheiten 17

ANLAGE 2 ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit und Berufsunfähigkeit
bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes 22

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

FÜR IHRE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE VON CANADA LIFE

Zur besseren Übersichtlichkeit des Bedingungswerks haben wir weitgehend darauf verzichtet, Querverweise aufzunehmen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen innerhalb dieser Versicherungsbedingungen (sowie in unseren vorvertraglichen Informations- und Vertragsunterlagen) gelten für Personen beiderlei Geschlechts. Eine Übersicht der jeweiligen Definitionen haben wir in § 41 zusammengestellt. Verweise auf Gesetze basieren auf der jeweils am 01.01.2019 geltenden Fassung.

§ 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 plc zu den in diesen Versicherungsbedingungen festgelegten Zuteilungssätzen angelegt. Aus dem daraus entstehenden Anteilguthaben entnehmen wir die Kosten für den vereinbarten Risikoschutz sowie andere Kosten und Gebühren.
- 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) Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei einer Lebenserwartung von unter 12 Monaten und automatischer Mitversicherung von Kindern (kurz „Risiko Leben Schutz“) (§ 4),
 - c) Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz und automatischer Mitversicherung von Kindern (§ 5) oder
 - d) Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit und automatischer Mitversicherung von Kindern (§ 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 (§ 17).
- 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 Risiko Leben Schutz (§ 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 gegebenenfalls die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse sowie die in § 28 beschriebenen Regelungen für die Feststellung des Versicherungsfalls.
- 6 Für die schweren Krankheiten „Krebs“, „Angioplastie am Herzen“ und unter bestimmten Voraussetzungen für die schwere Krankheit „Bypass-Opera-

tion der Herzkranzgefäße“ (vgl. Anlage 1 – Definitionen der versicherten schweren Krankheiten) bestehen nach § 14 Absatz 2 Wartezeiten bis zum Beginn des Versicherungsschutzes.

§ 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.

Bei versicherten Personen bis zum 15. Lebensjahr ist unsere Leistung auf maximal 150.000 € begrenzt. Es ist aber bei Vertragsabschluss möglich, für Kinder vor dem 15. Lebensjahr auch eine höhere Versicherungssumme zu beantragen. Dies erspart eine spätere, erneute Gesundheitsprüfung nach Erreichen des 15. Lebensjahrs. Die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss erfolgt für die gewählte, höhere Versicherungssumme und die entsprechenden Risikokosten werden von Vertragsbeginn an erhoben. Im Leistungsfall vor dem 15. Lebensjahr des versicherten Kindes gilt jedoch der oben genannte, maximale Auszahlungsbetrag in Höhe von 150.000 €. Wenn Sie erst nach Vertragsabschluss eine Erhöhung der Versicherungssumme auf über 150.000 € wünschen, hängt dies von unserer erneuten Risikoprüfung ab.

- 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 vor dem 100. Geburtstag, zahlen wir
 - a) die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Todesfallleistung (die „versicherte Todesfallleistung“) oder, falls höher,
 - b) den Wert des Anteilguthabens.

Bis zum vollendeten 7. Lebensjahr der versicherten Person ist die Todesfallleistung auf 8.000 € und zwischen dem 8. und 15. Lebensjahr auf maximal 100.000 € begrenzt.

- 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 sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners) der versicherten Person („automatisch mitversicherte Kinder“) sind ab dem 30. Tag nach der Geburt 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)** 35.000 € 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.

§ 4 Was gilt, wenn Sie nur den Risiko Leben Schutz mit uns vereinbart haben?

A. Was gilt für die versicherte Person?

- 1** Wir zahlen bei Tod der versicherten Person vor dem 100. Geburtstag
 - a)** die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Todesfallleistung (die „versicherte Todesfallleistung“) oder, falls höher,
 - b)** den Wert des Anteilguthabens.

Bis zum vollendeten 7. Lebensjahr der versicherten Person ist die Todesfallleistung auf 8.000 € und zwischen dem 8. und 15. Lebensjahr auf maximal 100.000 € begrenzt.

- 2** Wenn vor dem Tod der versicherten Person durch ärztliche Atteste zweier voneinander unabhängig praktizierender qualifizierter Ärzte (§ 28) nachgewiesen wird, dass aufgrund einer fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Krankheit oder Verletzung die Lebenserwartung der versicherten Person weniger als zwölf Monate beträgt, zahlen wir 70 % der versicherten Todesfallleistung als vorgezogene Todesfallleistung.
- 3** Wenn wir eine vorgezogene Todesfallleistung nach Absatz 2 gezahlt haben, zahlen wir bei Tod der versicherten Person
 - a)** 30 % der versicherten Todesfallleistung oder, falls höher,
 - b)** den Wert des Anteilguthabens.
- 4** Wenn wir eine Leistung für die vorgezogene Todesfallleistung 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 sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners) 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 Todesfallleistung.
- 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 Todesfallleistung oder
 - b)** 4.000 €.
- 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 Todesfallleistung.
- 4** Der Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder entfällt mit dem Wegfall des Risiko Leben Schutzes 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 Risiko Leben Schutz mit uns vereinbart haben?

- 1** Es finden grundsätzlich § 3 auf den Schwere Krankheiten Schutz und § 4 auf den Risiko Leben Schutz 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 Risiko Leben Schutz unverändert bestehen. Der Anspruch auf die versicherte Todesfallleistung besteht jedoch nur im Rahmen des Risiko Leben Schutzes; § 3 A Absatz 4 findet keine Anwendung.

§ 6 Was gilt, wenn Sie den Risiko Leben Schutz 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 Risiko Leben Schutz 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 Todesfalleistung 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 Todesfalleistung nach § 4 A Absatz 2 zu erbringen haben.
- 4 Sollte die Todesfalleistung nicht höher als die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten sein, entfällt der Risiko Leben Schutz 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 Absatz 5 beschriebenen Fällen.
- 3 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Erwerbsunfähigkeitschutz.

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 Absatz 5 beschriebenen Fällen.
- 4 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Pflegeschutz.
- 5 Die verwendeten Begriffe der Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit stimmen nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

§ 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 Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet.
- 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
 - a) mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet oder
 - b) wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% sinkt, jedoch erst mit Ablauf des dritten Monats, nachdem wir Sie in Textform auf das Erlöschen des Berufsunfähigkeitsschutzes hingewiesen haben, oder
 - c) bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person oder
 - d) in den gemäß § 11 Absatz 5 beschriebenen Fällen oder
 - e) wenn die versicherte Person stirbt.
- 5 Der verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

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

- 1 Wenn die versicherte Person arbeitsunfähig im Sinne der nachstehenden Absätze 3 und 4 geworden ist (die „Arbeitsunfähigkeit“), übernehmen wir die Beitragszahlungspflicht ab dem 4. Monat ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit ab dem darauf folgenden Monatsersten.
- 2 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.
- 3 Arbeitsunfähigkeit liegt für den Zeitraum vor, in dem die versicherte Person
 - a) Krankengeld gemäß §§ 44, 46 Sozialgesetzbuch V erhält, oder
 - b) eine Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung bzw. Berufsunfähigkeit von einem Träger der gesetzlichen Rentenversicherung gemäß § 43 Sozialgesetzbuch VI bzw. anderen entsprechenden Regelungen des Sozialgesetzbuches VI bezieht.
- 4 Wenn die versicherte Person nicht nach dem Sozialgesetzbuch V bzw. VI versichert ist, liegt Arbeitsunfähigkeit für den Zeitraum vor,
 - a) 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
 - b) für den ein qualifizierter Arzt bestätigt, dass der für die jeweilige Zahlung notwendige Gesundheitszustand vorliegt.
- 5 Der Schutz für Arbeitsunfähigkeit besteht nicht während der Beitragsfreistellung (§ 18) und besteht auch nicht bzw. endet, wenn die versicherte Person
 - a) vor der Arbeitsunfähigkeit gemäß Absatz 3 bzw. 4 arbeitslos war bzw. keine berufliche Tätigkeit ausgeübt hat,
 - b) eine berufliche Tätigkeit im vollen oder teilweisen Umfang ausübt,

- c) nicht mehr im Sinne von Absatz 3 bzw. 4 arbeitsunfähig ist, oder
 - d) bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person oder
 - e) wenn die versicherte Person eine altersbedingte Rente von einem gesetzlichen Träger der Rentenversicherung erhält, oder
 - f) mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet hat oder
 - g) wenn die versicherte Person stirbt.
- 6 Der verwendete Begriff der Arbeitsunfähigkeit stimmt nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

§ 10 Was gilt, wenn zwei Personen versichert sind?

- 1 Es besteht ein einheitlicher Versicherungsvertrag, der nicht zwischen den versicherten Personen aufgeteilt werden kann. Dies gilt insbesondere auch für die Beitragszahlungspflicht und das Anteilguthaben.
- 2 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:
 - a) Die Zuteilung von Fondsanteilen hängt vom Alter der jüngeren versicherten Person bei Versicherungsbeginn ab (§ 23). Auch wenn der Schutz für die jüngere Person entfällt, gilt der entsprechende Zuteilungssatz weiterhin für die verbleibende ältere versicherte Person.
 - b) 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.
 - c) Wenn die planmäßige Erhöhung der Leistungen vereinbart wird, endet die planmäßige Erhöhung mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die ältere versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet (§ 17).
 - d) Bei einer Veränderung der Ziellaufzeit gemäß § 20 Absatz 2 ist das Alter der jüngeren versicherten Person maßgeblich. Wenn der Schutz für die jüngere versicherte Person entfällt, ist jedoch das Alter der verbleibenden älteren versicherten Person maßgeblich.
 - e) 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 jüngere Person entfällt, hängen diese Termine aber danach vom Alter der verbleibenden älteren versicherten Person ab.
- 3 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?

- 1 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; 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 Immunschwächekrankheit 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 § 24 zu berechnenden Anteilguthabens, wenn der Leistungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind eingetreten ist aufgrund unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder feindseligen Handlungen. Unter feindseligen Handlungen sind Angriffe oder Terrorakte zu verstehen, die auf einen Staat, eine Gesellschaft, bestimmte 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 30. Tag nach der Geburt des Kindes diagnostiziert wurde oder wenn diese Diagnose einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war oder bekannt sein musste.
- b) Wir leisten nicht im Todesfall, wenn der Tod durch einen Gesundheitszustand eingetreten ist, welcher vor Ende des dritten Lebensmonats des Kindes diagnostiziert wurde oder wenn diese Diagnose einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war oder bekannt sein musste.
- c) Die unter a) und b) dieses Absatzes genannten Ausschlüsse für automatisch mitversicherte Kinder gelten entsprechend, wenn es sich um ein Stiefkind handelt und die Diagnose dem leiblichen Elternteil oder der versicherten Person bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Heirat zum Zeitpunkt der Heirat der versicherten Person mit dem leiblichen Elternteil des mitversicherten Kindes bekannt war oder bekannt sein musste.

5 Falls wir mit Ihnen den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz und gegebenenfalls Berufsunfähigkeitschutz 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 Juni 2013) 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 Pflegeschutz und gegebenenfalls Berufsunfähigkeitschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes mehr fällig.

6 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 vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung oder die im Rahmen der Risikoprüfung gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen, die wir Ihnen nach Ihrer Antragsklärung, aber vor unserer Vertragsannahme in Textform stellen.

Sollen die schweren Krankheiten und/oder das Leben einer anderen oder zweier Person/en versichert werden, ist/sind auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

2

a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

b) Im Fall des Rücktritts besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht für den Versicherungsfall jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht für den Versicherungsfall ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Wert des Anteilguthabens (§ 24), jedoch nicht mehr als die Summe der eingezahlten Beiträge. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.

3

a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, den Vertrag zu kündigen.

b) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

4

a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.

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

5

a) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der vorgenannten Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

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

c) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

6 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmemeinung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 2 c) gilt entsprechend.

7 Die Absätze 1 bis 6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 5c) beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

8 Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

§ 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 Wartezeiten bestehen? Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?

- 1 Ihr Schutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den ersten Beitrag („Einlösungsbeitrag“) gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt aber nicht vor dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 2 Für die schweren Krankheiten „Krebs“, „Angioplastie am Herzen“ und unter bestimmten Voraussetzungen „Bypass-Operationen der Herzkranzgefäße“ (vgl. Anlage 1 – Definitionen der versicherten schweren Krankheiten) besteht eine Wartezeit bis zum Beginn des Versicherungsschutzes von sechs bzw. drei Monaten ab dem nach § 14 Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt. Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Für einen Versicherungsfall, der vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist, wird nicht geleistet.
- 3 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.
- 4 Ihr Schutz endet in den in diesen Versicherungsbedingungen gesondert geregelten Fällen sowie in jedem Fall bei Beendigung des Versicherungsvertrags.
- 5 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 § 20 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 7) besteht, endet der Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung;
 - e) Sie den Versicherungsvertrag kündigen oder
 - f) wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten oder ihn anfechten.
- 6 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 § 20 geänderte Ziellaufzeit für den Versicherungsvertrag zugrunde gelegt haben.

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

- 1 Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Versicherungsbeginn. Die laufenden Beiträge zu Ihrem Versicherungsvertrag können Sie je nach Vereinbarung durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge entrichten. Die jeweilige Fälligkeit des Folgebeitrags wird jeweils ab dem Fälligkeitstag des Einlösungsbeitrags gerechnet. Die Folgebeiträge sind während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu entrichten.
- 2 Wenn uns ein SEPA-Lastschriftmandat vorliegt, werden Ihre Zahlungen so behandelt, als seien sie zum jeweiligen Fälligkeitstag erfolgt, es sei denn, die Lastschrift wird nicht eingelöst. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich (ohne schuldhaftes Zögern) nach unserer Zahlungsaufforderung in Textform erfolgt. Wird

eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet. 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.

- 3 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, können wir – so lange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht keine Leistungspflicht. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- 4 Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist und sind Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung der Beiträge in Verzug, entfällt Ihr Versicherungsschutz. Nach Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.
- 5 Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bis zur Feststellung des Versicherungsfalls (§ 28 Absatz 10) 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 an Sie zurückzahlen.
- 7 Ausstehende Beiträge können mit Leistungen verrechnet werden.

§ 16 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.

Wenn Sie eine andere Beitragszahlungsweise wählen, wird in diesem Fall Ihr Beitrag unter Anwendung der für Ihren Vertrag gültigen Berechnungsgrundlage neu berechnet und der neue Beitrag mitgeteilt.

- 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 in Textform mitteilen. Die neue Zahlungsweise wird dann zu diesem Fälligkeitstag wirksam.
- 3 Sie können die in Ihrem Versicherungsschein angegebene Beitragshöhe nur im Rahmen des § 20 ändern.

§ 17 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 § 33 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 in Textform informieren.
- 4 Bei Eintritt eines Versicherungsfalles, nach dem weiterer Schutz besteht, findet die planmäßige Erhöhung in Bezug auf die gegebenenfalls 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 mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person bzw. die ältere der versicherten Personen ihr 65. Lebensjahr vollendet hat.
- 8 Alle für Ihren Versicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die auf planmäßige Erhöhung entfallenden Teile.

§ 18 Können Sie den Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen?

- 1 Sie können den Versicherungsvertrag jederzeit zum nächsten Fälligkeitstag beitragsfrei stellen, vorausgesetzt, dass das Anteilguthaben zu Beginn der Beitragsfreistellung mindestens 500 € beträgt. Die Beitragsfreistellung Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge kann mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden sein. Wenn der Wert Ihres Anteilguthabens für die Beitragsfreistellung nicht mehr ausreicht, wird der Vertrag aufgelöst und es ist gegebenenfalls kein Anteilguthaben vorhanden. Nähere Informationen zum Anteilguthaben und seiner Höhe können Sie der Beispielrechnung entnehmen.
- 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 § 21 Gebrauch zu machen.
 - d) Es wird kein Treuebonus gewährt (§ 27).
 - e) Alle Kosten und Gebühren (§ 31) – außer gegebenenfalls den Risikokosten für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit – werden weiterhin erhoben. Darüber hinausgehende Kosten fallen für die Beitragsfreistellung nicht an.
 - 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 § 21 Gebrauch zu machen, lebt aber nicht wieder auf. Die Zeiträume der Beitragsfreistellung werden bei der Ermittlung des anzuwendenden (Grund-)Zuteilungssatzes nicht berücksichtigt, sofern Sie die Beiträge nicht nachzahlen. Wenn Sie die Beiträge nachzahlen, erfolgt die Zuteilung als ob Ihr Vertrag nicht beitragsfrei gestellt worden wäre.

Zusätzliche Kosten für die Wiederinkraftsetzung Ihres Vertrags fallen nicht an.

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

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

- 1 Sie können Ihren Versicherungsvertrag jederzeit durch eine Erklärung kündigen in Textform.
- 2 Kündigungen hinsichtlich eines Teilbetrags sind möglich, wenn der betroffene Teilbetrag Ihres Anteilguthabens mindestens 250 € und Ihr verbleibendes Anteilguthaben mindestens 500 € 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 Kündigungserklärung in Textform 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. Sowohl bei Kündigung als auch bei Teilkündigung zahlen wir nicht mehr als die Summe der bis zur Kündigung bzw. Teilkündigung eingezahlten Beiträge.

Die Rückzahlung der von Ihnen geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

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

§ 20 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 Risiko Leben Schutz (§§ 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. jüngeren 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 (§ 21) nicht erfüllen, hängt unsere Zustimmung zu einer beantragten Erhöhung des Schutzes, nicht aber eine Veränderung der Ziellaufzeit, von unserer Einschätzung nach 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 Eine gewünschte Änderung nach diesem § 20 wird zum nächsten Fälligkeitstag Ihres Beitrags nach unserer schriftlichen Bestätigung bzw. 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 €	7 €
Vierteljährlich	90 €	21 €
Halbjährlich	180 €	42 €
Jährlich	360 €	84 €

- 9 Wenn Sie den Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit (§ 6) mit uns vereinbart haben, darf die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten nicht die versicherte Todesfallleistung 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 Todesfallleistung	5.000.000 €	10.000 €
Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten	1.000.000 €	10.000 €

- 11 Sollten Sie eine Vertragsänderung nach diesem § 20 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.

Als Versicherungsjahr bezeichnen wir den Zeitraum eines Jahres ab dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn und die jeweils auf die Jahrestage folgenden Jahre.

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

- 1 Sie können im Rahmen des § 20 und der nachstehenden Absätze 2 bis 5 den für eine versicherte Person bestehenden Schutz während der Dauer dieser Versicherung einmalig pro Ereignis 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 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - b) Scheidung bzw. Aufhebung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Als Nachweis ist die Scheidungs- bzw. Aufhebungsurkunde einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - c) 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 € oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - d) 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 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - e) Abschluss einer Finanzierung der versicherten Person bei Aufnahme oder Erhöhung eines durch Grundpfandrechte gesicherten Kredites; bei Betrieben gilt Entsprechendes für einen Betriebskredit. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - f) erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit durch die versicherte Person, sofern die Mitgliedschaft in der entsprechenden Kammer nachgewiesen wird. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 25.000 € oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - g) 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;
 - h) 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 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - i) 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 € oder 50% der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung.

- j)** unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse zum 5. sowie zum 10. Jahrestag des Versicherungsbeginnns. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 25.000 € oder 25% der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung.
- 2** Die maximale Summe der gesamten Erhöhungen, ob der versicherten Leistung für Schwere Krankheiten oder der versicherten Todesfallleistung, die im Rahmen der Nachversicherungsgarantie in allen bei uns bestehenden Schwere Krankheiten Versicherungsverträgen für die versicherte Person erfolgen können, beträgt 150.000 €.
- 3** Die Nachversicherungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Erhöhung voraus, dass
 - a)** uns Ihre Mitteilung in Textform über eine gewünschte Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb von sechs Monaten seit Eintritt des jeweiligen Ereignisses zusammen mit geeigneten Nachweisen zugegangen ist (maßgeblich ist der Zugang Ihrer Mitteilung in Textform über die gewünschte Erhöhung; wird diese Frist versäumt, ist für die Prüfung einer Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes eine erneute Risikoprüfung erforderlich),
 - b)** die versicherte Person nicht älter als 55 Jahre ist, in den Fällen dieses Paragraphen § 21 Absatz 1 e), h) und i) nicht älter als 60 Jahre ist,
 - c)** keine Beitragsfreistellung vorgenommen worden ist und alle bis zum Zeitpunkt der Erhöhung fälligen Beiträge gezahlt wurden,
 - d)** wir keine Leistung aufgrund von Berufsunfähigkeit bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes oder aufgrund von einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbringen bzw. keine Leistung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbracht haben,
 - e)** die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie für das jeweilige Ereignis weder in Bezug auf diesen noch auf einen anderen bei uns bestehenden Schwere Krankheiten Vorsorge-Versicherungsvertrag ausgeübt worden ist,
 - f)** 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 und
 - g)** noch keine Leistungen aus der Schwere Krankheiten Vorsorge beantragt wurden.
- 4** Darüber hinaus bestehen folgende weitere Einschränkungen:
 - Eine Erhöhung des Todesfallschutzes ist ausgeschlossen, sofern bei der versicherten Person bereits die Voraussetzungen für eine vorgezogene Todesfallleistung gemäß § 4 Absatz 2 vorliegen.
 - Eine Erhöhung des Schwere Krankheiten Schutzes ist ausgeschlossen, sofern Leistungen aufgrund der Diagnose einer der versicherten schweren Krankheiten beantragt werden könnten.
- 5** 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 gegebenenfalls auf die Beitragshöhe, bleibt ansonsten aber in unverändertem Umfang bestehen.

§ 22 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 plc, 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 Anteilguthaben 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 Fondsgesellschaft (der „Fondsmanager“) verwaltet. Den Namen des Fondsmanagers werden wir Ihnen bei Übertragung 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:
 - a)** Maximal 90% des Vermögens des Fonds werden zeitgleich in nationale und internationale Aktien und Grundstücke investiert.
 - b)** Mindestens 10% des Vermögens des Fonds müssen aus festverzinslichen Wertpapieren, Bargeld oder Depositen bestehen.
 - c)** Mindestens 10% des Vermögens müssen in Euro notiert sein.

Die Anlagegrundsätze stellen nur einen Rahmen für die Investitionsmöglichkeiten des Setanta Managed Fonds dar. Die jeweils aktuelle Zusammensetzung des Fondsvermögens finden Sie auf unserem Internetauftritt oder erhalten Sie auf Anfrage.

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

Für Ihre Beiträge werden Ihrem Versicherungsvertrag Fondsanteile an dem Fonds nach Maßgabe der nachstehenden Absätze sowie dem sich aus den §§ 24 bis 26 ergebenden Kurs zugeteilt. Sofern ein Beitrag oder Teil eines Beitrags nicht zur Zuteilung von Fondsanteilen verwendet wird, dient dieser der Tilgung der Abschluss- und Vertriebskosten (§ 31 Absatz 1) sowie der Kosten für die Zuteilung von Anteilen (§ 31 Absatz 2). Soweit das Alter der versicherten Person bei der Zuteilung von Anteilen gemäß Absätzen 3 und 4 zu berücksichtigen ist, runden wir immer auf den nächsten Geburtstag nach dem maßgeblichen Stichtag für die Berechnung der Zuteilung auf.

- 1** Der Grundzuteilungssatz für die Zuteilung von Anteilen für Ihren Vertrag richtet sich nach dem Alter der jüngeren versicherten Person und beträgt:

Alter der (jüngeren) versicherten Person bei Versicherungsbeginn	Prozentsatz für Zuteilung
1 Jahr bis 38 Jahre	95 %
39 Jahre bis 48 Jahre	96 %
49 Jahre bis 58 Jahre	97 %
59 Jahre und älter	98 %

- 2** Um die Abschluss- und Vertriebskosten Ihres Vertrags zu begleichen, reduziert sich der Grundzuteilungssatz nach Absatz 1 während der ersten 60 Monate der Zeit der tatsächlichen Beitragszahlung auf die in der nachfolgenden Tabelle angegebenen Prozentsätze (dabei runden wir auf das nächste volle Jahr auf und die Zuteilung der Anteile erfolgt aufgrund des Ausgabekurses, vgl. §§ 24 und 25).

Alter der (jüngeren) versicherten Person bei Versicherungsbeginn	Verringerter Zuteilungssatz
1 bis 39	33 %
40	34 %
41	35 %
42	36 %
43	37 %
44	38 %
45	39 %
46	40 %
47	41 %
48	42 %
49	43 %
50	44 %
51	45 %
52	46 %
53	47 %
54	48 %
55	49 %
56	50 %
57	51 %
58	52 %
59	53 %
60	54 %
61	55 %
62	56 %
63	57 %
64 und älter	58 %

- 3 Wenn Sie sich für eine Änderung des Vertrags entscheiden, die eine Erhöhung der Beiträge zur Folge hat, oder die Beiträge sich planmäßig erhöhen, erfolgt die Zuteilung für jeden Erhöhungsbetrag gesondert aufgrund der in den Absätzen 1 und 2 festgesetzten Regeln. Dabei ist im Rahmen von Absatz 2 das Alter der jüngeren versicherten Person zum Zeitpunkt der Erhöhung maßgeblich. Die Sätze 1 und 2 gelten bei mehreren Erhöhungen entsprechend.
- 4 Bei Berechnung der Anzahl der Fondsanteile, die Ihrem Versicherungsvertrag zugeteilt werden, dürfen wir auf ein Hundertstel eines Fondsanteils runden. Rundungen erfolgen gemäß kaufmännischen Regeln.

§ 24 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 (§ 26).
- 2 Der Rücknahmekurs der Fondsanteile beträgt 95 % von deren Ausgabekurs. Der Ausgabe- sowie der Rücknahmekurs werden nach § 25 ermittelt.
- 3 Der Wert Ihres Anteilguthabens errechnet sich aus der Multiplikation der Ihrem Versicherungsvertrag zum gegebenen Zeitpunkt zustehenden Fondsanteile mit dem Rücknahmekurs.

§ 25 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 durch uns unter Anwendung der in den nachstehenden Absätzen 2 bis 4 festgelegten Regeln ermittelt.
- 2 Die Basis der Berechnung des Fondswertes und der Ausgabe- bzw. Rücknahmekurse hängt davon ab, ob zum Zeitpunkt der Berechnung davon ausgegangen wird, dass
 - a) der Fonds wächst, d.h. insgesamt innerhalb eines angemessenen Zeitraums 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 § 24 Absatz 2 berechnet. Die Differenz zwischen Ausgabe- und Rücknahmekurs der Anteile in Höhe von 5 % bezeichnen wir als Rücknahmeabschlag.
 - b) der Fonds schrumpft, d.h., es werden insgesamt innerhalb eines angemessenen Zeitraums 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 § 24 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 gegebenenfalls 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 in 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 Fondsverwaltungsgebühr vom Fondswert abgezogen (§ 31 Absatz 5).
- 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.

§ 26 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; § 15 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 § 28 Absatz 10 folgt.
 - b) Wenn Sie kündigen, legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der an dem auf den Eingang der Kündigungserklärung folgenden Werktag gilt.
 - c) Wenn wir uns zustehende Rechte auf Anfechtung, Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung ausüben, legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der am Tag unserer hierauf bezogenen 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.

§ 27 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. Ziel der Treueboni ist es, die Auswirkung der Kostenbelastung auf Ihren Vertrag zu reduzieren. Die Anzahl der als Treuebonus zu gewährenden Fondsanteile berechnen wir als Prozentsatz der Ihrem Versicherungsvertrag am entsprechenden Jahrestag zustehenden Fondsanteile. Der Wert des jeweiligen Treuebonus und die mit den Treueboni verfolgte Kostenreduzierung ist abhängig von der Wertentwicklung Ihres Vertrags, so dass sie entsprechend der Wertentwicklung unterschiedlich ausfallen kann. Die Treueboni kommen nur vertragstreuen Kunden zugute, die die Voraussetzungen dieses § 27 erfüllen.
- 2 Am zehnten Jahrestag teilen wir 5% zusätzliche Fondsanteile als Treuebonus zu. Danach teilen wir an jedem fünften Jahrestag 5% zusätzliche Fondsanteile als Treuebonus zu.
- 3 Den jeweiligen Treuebonus gewähren wir nicht, wenn der für die Gewährung maßgebliche Jahrestag in die Zeit einer Beitragsfreistellung fällt oder nach einer Kündigung Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge liegt oder wenn zu diesem Zeitpunkt Leistungen aus der Zusatzoption „Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“ erbracht werden. Ein Treuebonus kann auch nicht auf rückwirkend gezahlte Beiträge gewährt werden, wenn die Beitragszahlung erst nach dem Fälligkeitstag des Treuebonus erfolgt.

§ 28 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, damit eine zügige Bearbeitung eines Leistungsfalls erfolgen kann.
- 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 aufgeführt. 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) eines Nachweises der Adoption eines automatisch mitversicherten Kindes,
 - d) Heiratsurkunde der versicherten Person sowie Meldebescheinigungen für die versicherte Person und das Stiefkind, für welches eine Versicherungsleistung geltend gemacht wird.
- 3 Wenn eine Todesfalleistung 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 gegebenenfalls Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod geführt hat,
 - c) Im Fall des Todes der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers können wir zudem zur Klärung der Verfügungsberechtigung die Vorlegung eines Erbscheins, eines Testamentsvollstreckerzeugnisses oder weiterer hierfür notwendiger Unterlagen verlangen. Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen. Wir können auf die Vorlage eines Erbscheins oder eines Testamentsvollstreckerzeugnisses verzichten, wenn uns eine Ausfertigung oder eine beglaubigte Abschrift der letztwilligen Verfügung (Testament, Erbvertrag) nebst zugehöriger Eröffnungsniederschrift vorgelegt wird. Wir sehen denjenigen, der darin als Erbe oder Testamentsvollstrecker genannt ist, als Berechtigten an. Dies gilt nicht, wenn uns bekannt ist, dass der dort Genannte (zum Beispiel nach Anfechtung oder wegen Nichtigkeit des Testaments) nicht verfügungsberechtigt ist.
 - d) ein Nachweis der Adoption eines automatisch mitversicherten Kindes,
 - e) Heiratsurkunde der versicherten Person sowie Meldebescheinigungen für die versicherte Person und das Stiefkind, für welches eine Versicherungsleistung geltend gemacht wird.
- 4 Wenn eine vorgezogene Todesfalleistung 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 Versicherungsfalls 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) gegebenenfalls ein Nachweis, dass keine berufliche Tätigkeit mehr ausgeübt wird.

- 7 Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. 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 (EU) – Stand Juni 2013 – auf und wir verlangen eine ärztliche Untersuchung durch einen in der EU qualifizierten Arzt; in diesem Fall sind gegebenenfalls anfallende Reisekosten von Ihnen zu tragen.
- 8 Zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte haben die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind bzw. ein Elternteil oder der Vormund des Kindes die Möglichkeit, eine allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelntfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben.
- 9 Die Anzeige- und Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 bis 6 gelten entsprechend für den Bezugsberechtigten.
- 10 Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und gegebenenfalls ab welchem Tag wir eine Leistungspflicht anerkennen. Dieser Tag gilt als Zeitpunkt der Feststellung des Versicherungsfalls. Für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit können wir auch ein bedingtes oder einmalig befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht abgeben.
- 11 Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlagen sind Ärzte/-innen bzw. Fachärzte/-innen, 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, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen.

§ 29 Verjährung

Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag verjähren in 3 Jahren. Die Verjährungsfrist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem die Leistung erstmals verlangt werden kann und der Berechtigte von den einen Anspruch begründenden Umständen Kenntnis erlangt hat oder ohne grobe Fahrlässigkeit hätte erlangen müssen. Ohne Rücksicht auf die Kenntnis oder grob fahrlässige Unkenntnis verjähren alle Ansprüche in 10 Jahren. Ist der Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet worden, ist die Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem unsere Entscheidung dem Anspruchsberechtigten in Textform zugeht.

§ 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. § 28 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 nach schriftlicher Erklärung mit Frist von 3 Monaten 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.

- 3 Zahlungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person als bezugsberechtigte Person für den Versicherungsfall benannt haben. Sind Sie als Versicherungsnehmer auch versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben. 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 ausschließlich in Euro auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

§ 31 Welche Kosten und Gebühren fallen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge an?

- 1 Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Die anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten werden durch die Beiträge bzw. die Teile der Beiträge, die nicht für die Zuteilung von Fondsanteilen verwandt werden (§ 23), beglichen.
- 2 Die Kosten für die Zuweisung von Anteilen werden durch die Differenz zwischen dem Ausgabe- und Rücknahmekurs für die Anteile in Höhe von 5%, den Rücknahmeabschlag, erhoben (vgl. §§ 24 und 25).

Weiter werden die Kosten durch den Grundzuteilungssatz, dessen Höhe sich nach dem Alter der jüngeren versicherten Person richtet (vgl. § 23 Absatz 1), Ihres Beitrags während der gesamten Vertragsdauer beglichen. Bitte beachten Sie, dass während der ersten 60 Monate der Zuteilungssatz aufgrund der zusätzlich erhobenen Abschluss- und Vertriebskosten geringer als der nach § 23 Absatz 1 zu berechnende Grundzuteilungssatz ist (siehe § 23 Absatz 2).

Bei Verträgen mit planmäßiger Erhöhung wird für den zusätzlichen Verwaltungsaufwand ein verringerter Zuteilungssatz bezogen auf die Erhöhung gemäß Absatz 1 angewandt.

- 3
 - a) Zur Deckung der allgemeinen Bestandsverwaltungskosten, die durch die Verwaltung des Vertrags anfallen, erheben wir monatlich eine Verwaltungsgebühr. Den zur Deckung dieser Kosten erforderlichen Betrag entnehmen wir Ihrem Anteilguthaben. Die Höhe der im ersten Versicherungsjahr geltenden monatlichen Verwaltungsgebühr wird in Ihren „I. Besonderen Informationen für die Schwere Krankheiten Vorsorge, Teil I“ ausgewiesen. Diese gilt so lange, bis sie gemäß den nachstehenden Regelungen geändert wird.
 - b) Wir überprüfen jährlich, in der Regel im Januar, ob die bei Versicherungsbeginn beziehungsweise die nach der letzten Anpassung geltende Verwaltungsgebühr der Entwicklung der tatsächlichen Kosten entspricht. Die Höhe der tatsächlichen Kosten ergibt sich aus den durchschnittlichen jährlichen Personalkosten für einen Mitarbeiter in unserer Bestandsverwaltung (nicht aber für Mitarbeiter mit anderen Tätigkeiten) während des letzten Kalenderjahrs zum Zeitpunkt der Überprüfung. Ändern sich diese Kosten gegenüber dem Stand zum Versicherungsbeginn beziehungsweise dem Stand zum Zeitpunkt der letzten Überprüfung, die zu einer Anpassung geführt hat, um mindestens 2%, passen wir die monatliche Verwaltungsgebühr im selben Verhältnis mit Wirkung für die Zukunft an. Die Änderung tritt frühestens zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns ein. Erhöhungen bzw. Senkungen der monatlichen Verwaltungsgebühr dienen ausschließlich dazu, Steigerungen bzw. Senkungen bei den allgemeinen Bestandsverwaltungskosten der Schwere Krankheiten Vorsorge, nicht aber bei den anderen in diesem § 31 genannten Kosten aufzufangen. Wenn wir die monatliche Verwaltungsgebühr anpassen, unterrichten wir Sie über die Ergebnisse und die entsprechend danach geltende monatliche Verwaltungsgebühr.

Weiter werden die Kosten durch den Grundzuteilungssatz Ihres Beitrags, dessen Höhe sich nach dem Alter der jüngeren versicherten Person richtet (vgl. § 23 Absatz 1), während der gesamten Vertragsdauer beglichen.

- 4** Die Kosten für den Risikoschutz („Risikokosten“) werden gemäß Absatz 7 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 uns nach § 33 Absatz 1 festgelegt und können nur im Rahmen der §§ 33 und 34 erhöht werden.

- 5** Die Fondsverwaltungsgebühr dient der Abdeckung der uns mit der Fondsverwaltung entstehenden Kosten und beinhaltet unter anderem:
- die Gebühr der betreuenden Fondsgesellschaft, sofern wir eine solche Gesellschaft beauftragt haben,
 - Aufwendungen für Einrichtung der Fonds, laufende Kontrolle der Vermögensgegenstände und ihre Anpassung,
 - Aufwendungen für laufende Berichterstattung.

Wir berechnen die Fondsverwaltungsgebühr als jährlichen Prozentsatz des Fondswertes zum maßgeblichen Stichtag des Abzugs dieser Kosten. Die Fondsverwaltungsgebühr können auch unterjährig, aber nicht häufiger als täglich, abgezogen werden. Falls wir die Fondsverwaltungsgebühr unterjährig abziehen, wird ein im Verhältnis entsprechend geringerer Prozentsatz des Fondswertes am Tag des Abzugs berechnet.

Wir können die Fondsverwaltungsgebühr erhöhen, aber nicht rückwirkend. Erhöhungen dienen ausschließlich dazu, Steigerungen bei der Fondsverwaltungsgebühr, nicht aber bei anderen Kosten aufzufangen. Die zum Zeitpunkt des Vertragsabschlusses geltende Fondsverwaltungsgebühr beträgt 1,5% p.a. des Fondswertes. Wir teilen Ihnen gerne auf Anfrage die jeweils gültige Fondsverwaltungsgebühr mit.

Die in diesem Absatz 5 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.

- 6** Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert oder Sie Ihre Beitragszahlungen aus dem Ausland vornehmen, 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 § 20 Absatz 11 eine dem Aufwand angemessene Gebühr verlangen, wenn Sie eine Vertragsänderung im Rahmen des § 20 mehr als zweimal innerhalb eines Versicherungsjahres vornehmen möchten.

- 7** 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.

- 8** Wir teilen Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge gemäß § 27 zusätzliche Anteile als Treueboni zu. Ziel der Treueboni ist es, die Auswirkung der Kostenbelastung auf Ihren Vertrag zu reduzieren. Der Wert des jeweiligen Treuebonus und die mit den Treueboni verfolgte Kostenreduzierung ist abhängig von der Wertentwicklung Ihres Vertrags, so dass sie entsprechend der Wertentwicklung unterschiedlich ausfallen kann. Die Treueboni kommen nur vertragstreuen Kunden zugute, die die Voraussetzungen des § 27 erfüllen.

§ 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 Kosten und Gebühren 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 Kosten und Gebühren sind möglich. Wenn die Wertentwicklung des Fonds niedriger oder die Kosten und Gebühren 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 Todesfallleistung) 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 § 20 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 Kosten und Gebühren sowie unsere Einschätzung der voraussichtlichen langfristigen Wertentwicklung Ihres Anteilguthabens und der zu erwartenden Kosten und Gebühren.

- 5** Nach der Vertragsüberprüfung teilen wir Ihnen den gegebenenfalls 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 Fall einer Vertragsänderung im Rahmen von § 20 zu den in § 20 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 Beitrag werden wir Sie in unserer Mitteilung nach Absatz 5 bzw. 6 hinweisen.
- 11 Wir werden bei keiner Vertragsüberprüfung, auch nicht im Rahmen einer beantragten Veränderung der Ziellaufzeit Ihres Vertrags, 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 angepasst werden?

- 1 Die Höhe der Risikokosten wird bei Vertragsabschluss bzw. jeder erneuten Risikoprüfung unter Berücksichtigung von folgenden Punkten festgelegt:
- a) dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kostenerhebung;
 - b) ob die versicherte Person als Raucher eingeordnet wird (dieses hängt von den bei ursprünglicher Antragstellung angegebenen Informationen ab);
 - c) bei Vertragsabschluss bzw. -änderung vereinbarter Risikozuschläge;
 - d) 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 werden für den jeweils vereinbarten Schutz eine Erhöhung des Beitrags nur im Rahmen einer planmäßigen oder außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung verlangen. Eine Erhöhung der Risikokosten führt also nicht zu einer unmittelbaren Erhöhung der Beiträge.

§ 34 Können wir die Kosten für den Risikoschutz ändern?

- 1 Wir sind zu einer Erhöhung der Kosten für den Risikoschutz berechtigt, wenn
- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Kosten geändert hat,
 - die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Gebühr angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllung der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
 - ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der beiden vorstehenden Anforderungen überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Kosten ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

- 2 Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Kosten nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer Beitragsfreistellung sind wir unter den Voraussetzungen des Absatzes 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.
- 3 Die Neufestsetzung der Kosten und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des zweiten Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 35 Wann werden Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die die Schwere Krankheiten Vorsorge betreffen, wirksam? Welche Formvorschriften gelten? Wem gegenüber können sie abgegeben werden? Welche Auskunftspflichten haben Sie?

- 1 Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge betreffen, werden uns gegenüber erst dann wirksam, wenn sie in Textform erfolgen und uns zugegangen sind. Dies gilt auch für die Änderung Ihres Namens oder die Änderung Ihrer Postanschrift sowie entsprechende Änderungen bei weiteren Beteiligten, zum Beispiel der oder den versicherten Person/en. Satz 1 gilt jedoch nicht für Ihr Widerrufsrecht; über dessen Voraussetzungen und Rechtsfolgen haben wir Sie vor und bei Vertragsschluss gesondert informiert.
- 2 Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d.h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

Notwendige Informationen sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung

- Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit,
- der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an ihrem Vertrag haben und
- der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen insbesondere die deutsche oder ausländische Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht. Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß diesem Absatz 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 36 Sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

Bis zum Ende des Versicherungsvertrags sind Sie an den Erträgen des Fonds im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen beteiligt. Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen. Dies gilt auch für vereinbarte Zusatzoptionen.

§ 37 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 38 Wo ist der Gerichtsstand?

- 1 Ansprüche gegen uns können nur in Deutschland bei dem für unsere deutsche Niederlassung örtlich zuständigen Gericht, bei dem örtlich zuständigen Gericht Ihres Wohnsitzes oder in Ermangelung eines solchen bei dem Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes geltend gemacht werden.
- 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 angepasst werden?

Ist eine Bestimmung dieser Versicherungsbedingungen oder deren Anlagen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für Sie oder uns auch unter Berücksichtigung der Interessen der jeweils anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie die Wahrung des Vertragszieles der Versicherungsnehmer der Schwere Krankheiten Vorsorge angemessen berücksichtigt. Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 40 Welche Schlichtungsstelle gibt es?

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e.V. Damit können Sie regelmäßig nach Erhalt einer unserer Entscheidungen ein kostenloses außergerichtliches Streitschlichtungsverfahren in Anspruch nehmen. Dazu müssten Sie Ihre Beschwerde telefonisch, schriftlich, per E-Mail oder in jeder anderen geeigneten Form beim Versicherungsombudsmann e. V. einlegen. Die Kontaktdaten lauten:

- Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 08 06 32, 10006 Berlin
Tel.: 0800-3696000
Fax: 0800-3699000
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internetseite: www.versicherungsombudsmann.de

§ 41 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:

A

Anteilguthaben: § 24 Absatz 3
Arbeitsunfähigkeit: § 9 Absatz 1
Ausgabe-Fondswert: § 25 Absatz 2
Ausgabekurs: §§ 24 und 25
Ausschlüsse: § 11
Außerplanmäßige Vertragsüberprüfung: § 32 Absatz 3
Automatisch mitversicherte Kinder: § 3 B Absatz 1
bzw. § 4 B Absatz 1

B

Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit: § 9
Beitragsfreistellung: § 18
Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes: § 8
Bezugsberechtigter: § 30 Absatz 3

E

Einlösungsbeitrag: § 14 Absatz 1
Erste Versicherte Person: § 9 Absatz 2
Erster Termin für die planmäßige Vertragsüberprüfung:
§ 32 Absatz 2
Erwerbsunfähigkeit: § 7 A
Erwerbsunfähigkeitsschutz: § 7
EU: § 28 Absatz 7

F

Fälligkeitstag: § 18 Absatz 1
Feststellung des Versicherungsfalls: § 28 Absatz 10
Fonds: § 1 Absatz 1 in Verbindung mit § 22
Fondsanteile: § 22 Absatz 1
Fondsmanager: § 22 Absatz 3
Fondsverwaltungsgebühr: § 31 Absatz 5
Fondswert: § 25 Absatz 2

J

Jahrestag: § 16 Absatz 1

K

Kosten und Gebühren: § 31
Kündigung: § 19

M

Monatliche Verwaltungsgebühr: § 31 Absatz 3

N

Nachversicherungsgarantie: § 21

P

Pflegebedürftigkeit: § 7 B
Pflegeschutz: § 7
Planmäßige Erhöhung: § 17 Absatz 1
Planmäßige Vertragsüberprüfung: § 32 Absatz 2

R

Risikokosten: § 31 Absatz 4
Rücknahme-Fondswert: § 25 Absatz 2
Rücknahmekurs: §§ 24 und 25
Risiko Leben Schutz: § 4

S

Schutz: § 1 Absatz 2
Schwere Krankheiten Schutz: § 3
Sollsaldo zum Anteilguthaben: § 31 Absatz 7
Stiefkinder: § 3 B und § 4 B

T

Teilkündigung: § 19 Absatz 2
Teilzahlung: § 3 A Absatz 2
Termine für die planmäßige Vertragsüberprüfung:
§ 32 Absatz 2
Treuebonus: § 27

V

Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten:
§ 3 A Absatz 1
Versicherte Person(en): § 2 Absatz 4
Versicherte schwere Krankheit: § 3 A Absatz 1
Versicherte Todesfallleistung: § 3 A Absatz 4 und
§ 4 A Absatz 1
Versicherungsbeginn: § 14 Absatz 1
Versicherungsjahr: § 20 Absatz 11
Versicherungsvertrag: § 1 Absatz 2
Vertragsüberprüfung: § 32
Vorgezogene Todesfallleistung: § 4 A Absatz 2

Z

Ziellaufzeit: § 32 Absatz 1
Zuteilung von Fondsanteilen: §§ 23 bis 26
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/-innen im Sinne der Versicherungsbedingungen.

Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (gegebenfalls 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, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

Versicherte schwere Krankheiten:

1 Herzinfarkt

Versichert ist das Auftreten eines Herzinfarktes, d.h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokardinfarkt) aufgrund der nachfolgend aufgeführten Anzeichen:

Charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Enzyme z. B. der Troponine sowie mindestens eines der beiden folgenden Kriterien:

- typische klinische Symptome (zum Beispiel charakteristische Brustschmerzen) oder
- neue, charakteristische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG).

Die Diagnose der vorgenannten Anzeichen und der Zeitpunkt des Auftretens müssen durch einen Kardiologen nach den dann gültigen Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

STEMI Myokardinfarkte sind bis zum Ablauf der Versicherungsdauer versichert. Non-STEMI Myokardinfarkte sind innerhalb der Versicherungsdauer maximal bis zum 75. Geburtstag der versicherten Person versichert.

Angina Pectoris (anfallsartiger Brustschmerz durch vorübergehende Durchblutungsstörung des Herzens) und andere akute Koronarsyndrome (Beschwerden des Herzens) sind ausgeschlossen.

2 Schlaganfall

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

Eines der folgenden Symptome muss über mindestens 3 Monate ununterbrochen vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sein und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen:

- halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese)
- Sprachstörungen (Aphasie)
- Sehstörungen
- Schluckstörungen
- Epilepsie

oder

- Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Die Diagnose muss durch einen Neurologen/Internisten/Intensivmediziner und mittels CCT oder MRT nachgewiesen werden.

Ausgeschlossen sind vorübergehende neurologische Ausfallerscheinungen, z.B. im Rahmen einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.

3 Krebs

Krebs bezeichnet eine bösartige Gewebsneubildung, bei der Körperzellen unkontrolliert wachsen und gesundes Gewebe verdrängen und zerstören. Die Diagnose Krebs im Sinne dieser Bedingungen umfasst auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen. 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.

Folgende Erkrankungen sind ausgeschlossen:

- Carcinoma in situ, d.h. alle prä-malignen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (z.B. CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Stadium 0)
- Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1a N0 M0 und T1b N0 M0
- Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1a N0 M0, T1b N0 M0 und T2a N0 M0
- 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 § 28 Absatz 11 qualifizierten Arzt zu bestätigen.

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

Es besteht kein Versicherungsschutz für Krebs, der innerhalb der ersten sechs Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) bzw. nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wird.

4 Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

Bei der Bypass-Operation am Herzen werden verengte oder verschlossene Abschnitte der Herzkranzgefäße (Koronararterien) überbrückt mit dem Ziel, die Durchblutung des Herzmuskels wiederherzustellen. Als Überbrückung dienen körpereigene Arterien der Brustwand oder Venen- oder Arterienstücke aus dem Unter- oder Oberschenkel bzw. künstliche Gefäße, die in die Herzkranzarterie eingenäht werden. Wenn nötig, können auch mehrere Bypässe angelegt werden. Die Operation wird bei ruhig gestelltem Herz mittels Herz-Lungen-Maschine oder am schlagenden Herzen durchgeführt.

Der operative Zugangsweg erfolgt entweder via Durchtrennung des Brustbeins (konventionelle Sternotomie) oder auf minimalinvasivem Wege ohne Sternotomie.

Folgende Befunde müssen vorliegen:

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

- linke Koronararterie (LCA)
- rechte Koronararterie (RCA)
- Ramus interventricularis anterior (RIVA)
- Ramus circumflexus (RCX)

oder

- Vorliegen einer signifikanten ($\geq 50\%$) linkskoronaren Hauptstammstenose

Es besteht kein Versicherungsschutz für eine Bypass-Operation am Herzen, welche innerhalb der ersten 3 Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) bzw. nach Erhöhung des Schutzes bezogen auf den erhöhten Teil, medizinisch notwendig wurde.

Eine Leistungspflicht besteht auch bei Vorliegen einer De-novo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer dringenden oder frühen (< 72 Stunden) Bypass-Operation gemäß den ESC-Guidelines in der dann gültigen Version. In diesem Fall erfolgt eine Leistung ohne Berücksichtigung der oben genannten dreimonatigen Wartezeit.

Die medizinische Notwendigkeit der Bypass-Operation aufgrund der Befunde ist mittels einer Koronarangiographie durch einen Kardiologen/Herzchirurgen oder durch einen bereits durchgeführten Eingriff unter Berücksichtigung der Wartezeit nachzuweisen.

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 Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) 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
- 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.

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 minimalinvasiven Stents und Eingriffe an den Seitenästen der Aorta.

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. Es besteht kein Versicherungsschutz für Ballondilatationen und Rotablationen an den Herzklappen.

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 (Einschränkung von 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

9 Transplantation von Hauptorganen

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

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.

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.

Fortgeschrittene Lebererkrankungen im Sinne dieser Definition, welche nachweislich durch Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch entstanden sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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 Lungenerkrankungen 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 ($PaO_2 \leq 55$ mm Hg)

13 Chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankung

Fortschreitende Zerstörung des Bauchspeicheldrüsengewebes durch rezidivierende Entzündungen mit Verlust der Funktionen (Verdauung von Fett und Eiweiß, Blutzuckerregulation). Die Diagnose muss durch einen Arzt für innere Krankheiten nachgewiesen werden.

Chronische Bauchspeicheldrüsenerkrankungen, die nachweislich durch chronischen Alkoholabusus entstanden sind, sind vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

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.

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.

16 Funktionsverlust 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 Fall 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:

- a) 20.000 € oder
- b) 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 dem dortigen Satz 2 nachgewiesen werden, erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

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

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 oder durch geeignete, aktuelle Diagnoseverfahren gemäß den zum Zeitpunkt der Diagnosstellung geltenden Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie.

19 Motoneuronerkrankung

Diagnose einer Motoneuronerkrankung durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie. Der dauerhafte Verlust neurologischer Fähigkeiten muss durch die Diagnose nachgewiesen werden.

20 Schwere rheumatoide Arthritis

Ausgedehnte Gelenkerstörung mit größeren klinischen Deformierungen in mindestens drei der folgenden Gelenksregionen: 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 3 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 sechs 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.

23 Bakterielle Meningitis

Bakterielle Entzündung der Hirnhäute oder der Rückenmarkshäute, die zu mindestens drei Monaten andauernden neurologischen Ausfällen (z.B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z.B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen u.a.) geführt hat. Die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

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.

25 Enzephalitis

Entzündung der Hirnsubstanz, meistens ausgelöst durch Viren oder Bakterien, z.T. unter zusätzlicher Beteiligung der Hirnhäute (Meningoencephalitis) oder des Rückenmarks (Enzephalomyelitis), die zu mindestens drei Monate andauernden neurologischen Ausfällen (z.B. Hörstörungen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z.B. Merkfähigkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen u.a.) geführt hat; die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden.

26 Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit

Diagnose einer idiopathischen Parkinson'schen 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 sechs 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

27 Schwere Kopfverletzung

Eine durch Kopfverletzung herbeigeführte irreversible Schädigung des Gehirns mit dauerhaften neurologischen Ausfällen (z.B. Hörstörungen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z.B. Merkfähigkeitsstörungen, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen u.a.). Die Beeinträchtigungen und ihr Ausmaß müssen durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie oder einen Neurochirurgen 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.

29 Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Verbrennungen dritten Grades an mindestens 20% der Körperoberfläche, die durch ein einzelnes Ereignis entstanden sind. Die Diagnose muss durch einen entsprechenden Facharzt eines Krankenhauses nachgewiesen werden. Hautschäden, gleichen Schweregrades und gleichen Umfangs, die durch Kälte oder Verätzungen hervorgerufen wurden und durch ein einzelnes Ereignis entstanden sind, sind ebenfalls mitversichert.

30 Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)

Der Verlust der Hörfähigkeit bezeichnet das vollständige oder weitgehende Fehlen des Gehörs. Die Gehörlosigkeit kann durch eine Schädigung der Gehörorgane oder eine fehlende Verarbeitung der Höreindrücke im Gehirn verursacht werden.

Die absolute oder hochgradige Einschränkung der zentralen Hörfähigkeit oder der Hörfähigkeit auf beiden Ohren von ≥ 80 dB im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes zwischen 500 Hz und 3 kHz muss mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen haben, nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sein, voraussichtlich auf Dauer fortbestehen und durch medizinische Hilfsmittel wie ein optimal angepasstes Hörgerät oder andere zumutbare medizinische Maßnahmen nicht verbesserbar sein.

Die Diagnose muss durch einen HNO-Arzt/Neurologen mittels Audiogramm mit Feststellung des Grades der Hörbehinderung und Anwendung objektiver Hörprüfverfahren wie Impedanzaudiometrie, Messung otoakustischer Emissionen und/oder elektrophysiologische Untersuchungsverfahren (z.B. BERA, CERA) nachgewiesen werden.

31 Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)

Blindheit bezeichnet den vollständigen oder fast vollständigen Verlust des Sehvermögens mit einem minimalen Restsehvermögen oder eine hochgradige Einschränkung des Gesichtsfeldes.

Eines der folgenden Leistungskriterien (ICD-10 visual impairment categories 3, 4 and 5), bezogen auf das bessere und voll korrigierte Auge muss mindestens drei Monate ununterbrochen vorgelegen haben, nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sein, voraussichtlich auf Dauer fortbestehen und durch Brillen, Kontaktlinsen oder andere zumutbare medizinische Maßnahmen wie z.B. Lasertherapie nicht verbesserbar sein:

- Restsehvermögen von höchstens 3/60 bzw. 0,05
oder
- Einschränkung des Gesichtsfeldes (Schwarz-Weiß-Wahrnehmung) auf ≤ 15 Grad Abstand vom Zentrum in allen Richtungen (Norm: 90 Grad aussen, 60 Grad innen)

Die Diagnose muss durch einen Augenarzt erfolgen.

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 andauern 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.

„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 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.

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 (der „Vorfall“) in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben sein:
- Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Heilpraktiker/in
- Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
- Krankenschwestern und -pfleger
- Arzthelferinnen und -helfer
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Zahnarzthelferinnen und -helfer
- Sanitäter/-innen
- Personal in medizinischen Labors
- Polizisten/Polizistinnen und Angehörige der Bundespolizei
- Pharmazeuten
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Gefängnispersonal
- Hebammen/Geburtshelfer
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Krankenhauspersonal
- 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 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)

Diagnose einer aplastischen Anämie mit dauerhaftem 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 die Notwendigkeit der entsprechenden Behandlung müssen durch einen Arzt für Hämatologie nachgewiesen werden.

37 Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

Bestätigung der Amyotrophen Lateralsklerose mit dauerhaftem Verlust neurologischer Fähigkeiten durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie.

38 Transplantation von Knochenmark

Erfolgte Transplantation von Stammzellen aus fremdem Knochenmark. Sollte eine Übertragung von fremdem Knochenmark notwendig sein, leisten wir bereits bei der Aufnahme in eine offizielle Warteliste für Transplantationen. Die medizinische Notwendigkeit der Transplantation muss von einem Facharzt nach den einschlägigen medizinischen Regeln bestätigt werden und die versicherte Person Empfänger/in sein.

39 Erkrankungen des zentralen Nervensystems

Die Erkrankung muss nach Vollendung des dritten Lebensjahrs zu neurologischen Defiziten führen, als deren Folge mindestens eine der folgenden Fähigkeiten für mindestens 6 Monate ohne Unterbrechung und dauerhaft – d.h. voraussichtlich über einen Zeitraum von drei Jahren – nicht ausgeübt werden kann:

- Eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) gehend zurücklegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
- Ohne fremde Hilfe auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes.

40 Asbestose

Erkrankung der Atmungsorgane, die durch Staub von eingeatmetem Asbest oder ähnlichen Stoffen entsteht. Eine Asbestose ist gekennzeichnet durch eine Fibrosierung des Lungenparenchyms (Vermehrung des Bindegewebes), im weiteren Verlauf können sich Tumore bilden (Pleuresotheliom, Lungenkrebs).

Der Nachweis einer Asbestose sowie folgende Kriterien müssen durch einen Arzt für Lungenerkrankungen (Pulmonologen) bestätigt werden:

- Notwendigkeit einer regelmäßigen Sauerstofftherapie
- FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) dauerhaft weniger als 1 Liter
- Atemnot in Ruhe (Ruhedyspnoe)
- Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger ($\text{PaO}_2 \leq 55 \text{ mm Hg}$)

41 Schwerer Unfall

Ein schwerer Unfall ist gekennzeichnet durch ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis, bei dem es zu einer der folgenden Beeinträchtigungen kommt:

- Dauerhafter und vollständiger Verlust der Gebrauchsfähigkeit mindestens eines Arms und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks oder
- schwere Kopfverletzung mit irreversibler Hirnschädigung und dauerhaften neurologischen Ausfällen oder
- tiefe Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden Dauer ohne Reaktion auf externe Reize als unmittelbare Folge des Unfalls. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie oder Chirurgie nachgewiesen werden.

42 Intrakranielles (= im Schädel gelegenes) Aneurysma

Mittels Bildgebung festgestellte Erweiterung eines im Schädel gelegenen Gefäßes von mindestens 25 mm Durchmesser, die endovaskulär oder neurochirurgisch behandelt wurde.

43 Progressive Supranukleäre Blickparese

Eindeutiger Nachweis des Vorliegens einer progressiven supranukleären Blickparese. Mindestens zwei der folgenden Symptome müssen über mindestens 3 Monate gleichzeitig und ununterbrochen vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Wissensstand nicht behebbar sein und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen:

- vertikale supranukleäre Blickparese (nach oben oder unten)
- posturale Instabilität (Haltungs- bzw. Gangunsicherheit)
- Akinesie (Bewegungsarmut)
- Rigor (Muskelstarre)
- abnorme Kopf- oder Nackenhaltung
- Sprachstörungen
- Schluckstörungen

Die Diagnose muss durch einen Neurologen mittels CCT, MRT, Liquoruntersuchung oder EEG nachgewiesen werden.

44 Multisystematrophie mit der Folge dauerhafter Symptome

Multisystematrophie ist eine Krankheit ungeklärter Ursache, bei der die Nervenzellen in bestimmten Bereichen des Gehirns betroffen sind. Dies führt zu Problemen mit verschiedenen Körperfunktionen wie Bewegung, Gleichgewicht und Blasenkontrolle. Versichert ist die (eindeutige) Diagnose einer Multisystematrophie. Es müssen Nachweise für das signifikante Fortschreiten der Krankheit und die dauerhafte klinische Beeinträchtigung folgender Bereiche vorliegen:

- motorische Funktion mit damit verbundener Steifigkeit der Bewegungen, oder
 - Fähigkeit zur Koordination der Muskelbewegung, oder
 - Blasenkontrolle und orthostatische Hypotonie.
- Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

45 Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) mit der Folge dauerhafter Symptome

CJK ist eine degenerative Erkrankung des Gehirns, von der man annimmt, dass sie auf eine Prioneninfektion zurückzuführen ist. Mit dem Fortschreiten der Krankheit vermindert sich die Muskelkoordination, der Intellekt und die Persönlichkeit werden beeinträchtigt und der Patient kann erblinden. Versichert ist die Creutzfeldt-Jakob-Krankheit mit der Folge eines dauerhaften neurologischen Defizits mit bleibenden klinischen Symptomen (vgl. Definition in der Vorbemerkung). Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

46 HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs

Versichert ist die HIV-Infektion nach Versicherungsbeginn in Folge eines körperlichen Übergriffs, welcher bei der Polizei gemeldet und dokumentiert worden sein muss. Es müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Innerhalb von 36 Stunden nach dem Vorfall muss ein Bluttest durchgeführt worden sein, der das Nichtvorhandensein von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt.
- Es muss einen weiteren HIV-Test innerhalb von 6 Monaten geben, der das Vorliegen von HIV oder von Antikörpern gegen das Virus bestätigt.
- Der Vorfall muss innerhalb eines der folgenden Länder stattgefunden haben: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Vereinigte Staaten von Amerika, Australien oder Neuseeland.

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, Körperverschädigung 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 selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen,
 - Toilette benutzen,
 - Zu-Bett-Gehen und Aufstehen,
- und dieser Gesundheitszustand von einem qualifizierten Arzt/Ärztin im Sinne der Versicherungsbedingungen bestätigt wird; oder
- b) wenn der versicherten Person mindestens Pflegegrad 2 im sozialrechtlichen Sinne gemäß den Definitionen in den §§ 14 und 15 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der zum 01.01.2017 geltenden Fassung zuerkannt wurde. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des SGB XI zu keiner Änderung des Versicherungsschutzes führen.

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 Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, 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 während andere Tätigkeit ausübt.

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

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

Postanschrift:

Canada Life Assurance Europe plc,
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg

Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01
kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz:

Canada Life Assurance Europe plc,
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland

Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

Vorstand:

Markus Drews (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),
William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch), Kevin Murphy (irisch),
Vincent Sheridan (irisch), Bernard Collins (irisch), Declan Bolger (irisch), Hans-Gerd
Lindlahr (deutsch)

Stand Januar 2019

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland

Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln

Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc

Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg

Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01

kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz: Canada Life Assurance Europe plc

14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland

Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

HypoVereinsbank München,

IBAN DE69 7002 0270 0062 3244 06, BIC HYVEDEMMXXX

Vorstand:

Markus Drews (Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung, deutsch),

William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch),

Kevin Murphy (irisch), Vincent Sheridan (irisch), Bernard Collins (irisch),

Declan Bolger (irisch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch)

Canada Life Assurance Europe plc unterliegt der allgemeinen Aufsicht der Central Bank of Ireland und der Rechtsaufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).

IHR PERSÖNLICHER ANSPRECHPARTNER