Mein Leben.
Besser versichert.

Antrag

Schwere Krankheiten Vorsorge

Stand **März 2022**



canada life™

Informationen

zu Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge

Die Schwere Krankheiten Vorsorge
ist eine innovative Risikolebensversicherung
mit klarer Definition des Leistungsfalls.
Sie bietet Ihnen die Absicherung der finanziellen
Folgen einer von 55 schweren Krankheiten.

I. Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge

Teil II

Die nachstehenden Informationen, die wir hier unter der Überschrift „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge, Teil II“ und die wir in Abschnitt II. unter der Überschrift „Allgemeine Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ für Sie zusammengestellt haben, sind Bestandteil der Informationen zu Ihrer Schwere Krankheiten Vorsorge. Diese setzen das „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ und den Abschnitt I. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge, Teil I“ fort. Verweise auf Paragrafen in den folgenden Informationen ohne zusätzliche Angabe beziehen sich auf die Versicherungsbedingungen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life, die Ihnen gemeinsam mit diesen Informationen übergeben und auf Anforderung jederzeit erneut überlassen werden.

3 Können Sie Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge beitragsfrei stellen?

Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist nicht möglich.

4 Sind Sie an Überschüssen beteiligt?

Eine Überschussbeteiligung findet nicht statt. Dies gilt auch für gegebenenfalls vereinbarte Zusatzoptionen.

5 Wird bei Vertragsbeendigung ein Rückkaufswert gezahlt?

Bei Vertragsbeendigung zahlen wir keinen Rückkaufswert aus.

6 In welchem Umfang können Sie Ihren Beitrag bei einem Vertrag mit laufenden Beiträgen reduzieren?

Eine Beitragsreduktion ist bei monatlicher Zahlungsweise bis auf einen Mindestbeitrag von 10 € möglich. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher und jährlicher Zahlungsweise ist der Mindestbetrag mit 3, 6 bzw. 12 zu multiplizieren.

Hierdurch reduziert sich auch die Versicherungsleistung. Die genauen Auswirkungen auf die Versicherungsleistung können Sie dem Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein entnehmen, welchen wir Ihnen dann übersenden werden.

Bei einer Schweren Krankheiten Vorsorge gegen Einmalbeitrag ist eine Reduzierung des gezahlten Beitrags nicht möglich.

7 Wie ist die steuerliche Behandlung Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge?

Die nachfolgenden Steuerhinweise geben keine abschließende, sondern nur eine vereinfachte Darstellung der steuerlichen Behandlung wieder und können eine steuerliche Beratung unter Berücksichtigung Ihrer individuellen steuerlichen Situation nicht ersetzen. Die hier gegebenen Hinweise basieren auf der deutschen Gesetzgebung, Rechtsprechung und Verwaltungspraxis zum 01.01.2022.

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

Die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life erfüllt nicht die Voraussetzungen für eine Begünstigung entsprechend §§ 10a, 82 Absatz 1 EStG (die sogenannte „Riester-Rente“). Der Versicherungsvertrag ist daher für eine Umstellung auf einen Vertrag, der die erforderlichen Riester-Voraussetzungen erfüllt, nicht geeignet.

Die Auszahlung im Leistungsfall unterliegt nicht der Einkommensteuer.

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

c) Versicherungsteuer

Grundsätzlich ist die Schwere Krankheiten Vorsorge von der Versicherungsteuer gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. b VersStG befreit, sofern diese Ansprüche der Versorgung der natürlichen Person, bei der sich das versicherte Risiko realisiert (Risikoperson), oder der Versorgung von deren nahen Angehörigen im Sinne des § 7 des Pflegezeitgesetzes (PflegeZG) oder von deren Angehörigen im Sinne des § 15 der Abgabenordnung (AO) dienen.

Dienen die Ansprüche nicht der Versorgung der Risikoperson oder naher Angehöriger, unterliegen die Prämien der Versicherungsteuer gemäß § 4 Abs. 1 Nr. 5 Buchst. b VersStG.

8 Zusatzoptionen „Erwerbsunfähigkeitsschutz“ und „Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit“

Wir weisen darauf hin, dass die in den Versicherungsbedingungen verwendeten Begriffe der Berufs- und Erwerbsunfähigkeit nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung übereinstimmen.

II. Allgemeine Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge

Verweise auf Paragrafen in den folgenden Informationen beziehen sich auf die Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge, die Sie vor Vertragsabschluss in Textform erhalten haben und die Ihnen auf Anforderung jederzeit erneut überlassen werden.

1 Wer ist Ihr Vertragspartner?

Ihr Vertragspartner für die Schwere Krankheiten Vorsorge ist die

- Canada Life Assurance Europe plc
  Niederlassung für Deutschland
  Hohenzollernring 72
  50672 Köln

eingetragen im Handelsregister des AG Köln unter der Registernummer HRB 34058.

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

Der Hauptsitz der Canada Life Assurance Europe plc ist 14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland, eingetragen bei dem irischen Company Registration Office (dem irischen Handelsregister) unter der Handelsregisternummer 297731.

Die Canada Life Assurance Europe plc ist ein nach irischem Recht gegründeter Lebensversicherer.

Hauptbevollmächtigter der Niederlassung für Deutschland: Magnus Baumhauer.

- Kundenservice
  Tel.: 06102-306-1800
  Fax: 06102-306-1801
  E-Mail: kundenservice@canadalife.de
  www.canadalife.de

2 Welche Aufsichtsbehörden gibt es?

Canada Life Assurance Europe plc unterliegt der Aufsicht der:

- Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht
  (BaFin), Bereich Versicherungen
  Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn
  Tel.: 0228-4108-0
  Fax: 0228-4108-1550

- Central Bank of Ireland
  PO Box 559, Dublin 1, Ireland
  Tel.: +3531-224-6000
  Fax: +3531-671-5550
  www.centralbank.ie

3 Wie kommt der Versicherungsvertrag zustande? Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? Besteht eine Antragsbindungsfrist?

Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn Sie einen Antrag auf Abschluss einer Schweren Krankheiten Vorsorge bei uns einreichen und wir Ihren Antrag annehmen. Die Annahme erfolgt regelmäßig mit Übersendung des Versicherungsscheins.

Weicht der Inhalt des Versicherungsscheins von Ihrem ursprünglichen Antrag ab, werden wir Sie auf die Änderungen deutlich sichtbar im Versicherungsschein hinweisen. Wir verzichten auf eine Frist, während der Sie an Ihren Antrag gebunden wären.

Im Fall von Ausschlüssen und Risikozuschlägen erhalten Sie von uns ein Änderungsangebot. In diesem Änderungsangebot nennen wir auch die Frist, wie lange wir uns an das Angebot gebunden halten.

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz kann entfallen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen. Bitte lesen Sie dazu auch § 9 und § 18 der Versicherungsbedingungen für Ihre Schweren Krankheiten Vorsorge.

4 Welche Allgemeinen Versicherungsbedingungen gelten und was sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Es gelten die Versicherungsbedingungen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life, die Sie gemeinsam mit diesen Informationen erhalten haben.

Die Schwere Krankheiten Vorsorge bietet Versicherungsschutz für in den Versicherungsbedingungen definierte schwere Krankheiten sowie einen Todesfallschutz. Für manche schwere Krankheiten bestehen Wartezeiten bis zum Beginn des Versicherungsschutzes von 3 bzw. 6 Monaten.

Sie können durch die Vereinbarung von folgenden Zusatzoptionen Ihren Versicherungsschutz erweitern:

- Versicherungsschutz für zusätzliche Krankheiten über den erweiterterten Krankheitenkatalog
- Möglichkeit einer reduzierte Leistung für einen 2. Versicherungsfall über die Multi-Pay-Option
- Beitragsbefreiung bei bedingungsgemäßer Berufsunfähigkeit
- Erwerbsunfähigkeit als eine versicherte schwere Krankheit (Erwerbsunfähigkeitsschutz).

Die wesentlichen Merkmale der Versicherung ergeben sich insbesondere aus §§ 1 bis 10 der Versicherungsbedingungen für die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life, die Sie vor Vertragsabschluss in Textform erhalten haben.

5 Welche zusätzlichen Kosten können anfallen?

Über die in dem Abschnitt Prämie; Kosten in dem „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“ und dem Abschnitt I. „Besondere Informationen zu Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge“ Ziffer 1 genannten Kosten hinaus fallen keine zusätzlichen Kosten an.

6 Gültigkeitsdauer dieser Informationen vor Versicherungsbeginn

Die Ihnen hiermit vor Antragstellung zur Verfügung gestellten Informationen in dem „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“, Abschnitt I. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ und Abschnitt II. „Allgemeine Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ sind grundsätzlich bis zum vorgesehenen Versicherungsbeginn gültig. Sollten sich aber vor diesem Zeitpunkt die risikorelevanten Eckdaten der versicherten Person ändern, können wir Ihnen ein Änderungsangebot unterbreiten. Mit Unterbreitung eines Änderungsangebots verlieren die hiermit zur Verfügung gestellten Informationen, soweit sie durch das Änderungsangebot geändert werden, ihre Gültigkeit.

Kommt der Vertrag wie vorgesehen zustande, gelten die Informationen während der gesamten Vertragsdauer, so lange nicht Vertragsänderungen vorgenommen werden.

7 Wie und bis wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss der Schweren Krankheiten Vorsorge innerhalb von 30 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z.B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) widerrufen. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs an die

- Canada Life Assurance Europe plc
  Niederlassung für Deutschland
  Geschäftsstelle Neu-Isenburg
  Siemensstraße 8, 63263 Neu-Isenburg
  E-Mail: kundenservice@canadalife.de

Der Lauf Ihrer Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen zu dem Versicherungsvertrag (bestehend aus dem „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“, Abschnitt I. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ sowie diesem Abschnitt II. „Allgemeine Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“) und eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und die Rechtsfolgen des Widerrufs jeweils in Textform zugegangen sind.

Die Widerrufsbelehrung erhalten Sie zusammen mit dem Versicherungsschein.

Widerrufen Sie Ihre auf den Abschluss der Schweren Krankheiten Vorsorge gerichtete Vertragserklärung, endet der Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen für den Fall, dass Sie dem Beginn des Versicherungsschutzes bereits vor dem Ende der Widerrufsfrist zugestimmt haben, den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge. Den Teil der Beiträge, der auf die Zeit bis zum Zugang der Widerrufserklärung entfällt, dürfen wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich je nach vereinbarter Zahlungsweise um einen Betrag von 1/30 der Monatsprämie, 1/90 der Vierteljahresprämie, 1/180 der Halbjahresprämie bzw. 1/360 der Jahresprämie pro Tag.

Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen zurückzugewähren und gezogenen Nutzungen (z.B. Zinsen) herauszugeben sind. Falls Ihnen die Belehrung zu Ihrem Widerrufsrecht nicht oder nicht in ordnungsgemäßer Form zugegangen ist, erstatten wir Ihnen zusätzlich die für das erste Vertragsjahr gezahlten Beiträge. Dies gilt nicht, wenn Sie bereits Leistungen aus der Schwere Krankheiten Vorsorge erhalten haben.

8 Welche Möglichkeiten haben Sie, den Vertrag zu beenden?

Eine Schwere Krankheiten Vorsorge gegen laufende Beiträge können Sie zum Monatsende durch eine Erklärung in Textform kündigen.

Bei einer Schweren Krankheiten Vorsorge gegen Einmalbeitrag besteht kein Kündigungsrecht.

Ein Rückkaufswert fällt nicht an. Die Rückzahlung der von Ihnen geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

9 Sprache

Die Versicherungsbedingungen und sämtliche Informationen sind in deutscher Sprache verfasst. Auch die Kommunikation während der Laufzeit des Vertrags erfolgt in deutscher Sprache.

10 Schlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann. 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

Ferner können Sie auch Beschwerden an die oben unter Ziffer 2 des Abschnitts III. „Allgemeine Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ genannten Aufsichtsbehörden richten.

Die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hiervon unberührt.

Antrag

Schwere Krankheiten Vorsorge

Mit diesem Formular können Sie den Abschluss einer Schweren Krankheiten Vorsorge beantragen.

Antrag für die Schwere Krankheiten Vorsorge

Stand März 2022

canada life

VOM GESCHÄFTSPARTNER AUSZUFÜLLEN

Firmenname/ Geschäftspartner		Geschäftspartner-Nr.	
		Buchungs-Nr./Ref.-Nr.	

☐ DP ☐ HP ☐ KP

PERSÖNLICHE DATEN

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig aus.

ANTRAGSTELLER

Anrede ☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma

Titel, Nachname		Geburtsdatum	
Vorname(n)		Nationalität	☐ deutsch ☐ andere*
Straße, Haus-Nr.		Familienstand (freiwillige Angabe)	☐ ledig ☐ verheiratet** ☐ geschieden ☐ verwitwet
PLZ, Ort (Wohnsitz)		Derzeitige Tätigkeit	☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges
Telefon (freiwillige Angabe)			
E-Mail			

ZU VERSICHERNDE PERSON/EN

Wenn Sie zwei Personen absichern, besteht ein einheitlicher Versicherungsvertrag. Es besteht jedoch für jede versicherte Person ein gesonderter Schutz und Anspruch auf Leistung im Versicherungsfall. Wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person eintritt, bleibt also der Schutz für die zweite Person unverändert bestehen. Wenn Sie nur eine Person absichern wollen, benutzen Sie bitte die Spalte für die erste zu versichernde Person.

ERSTE ZU VERSICHERNDE PERSON

(falls nicht Antragsteller)

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Titel, Nachname		Nationalität	☐ deutsch ☐ andere*
Vorname(n)		Familienstand (freiwillige Angabe)	☐ ledig ☐ verheiratet** ☐ geschieden ☐ verwitwet
Straße, Haus-Nr.			☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges
PLZ, Ort (Wohnsitz)			
Telefon (freiwillige Angabe)			
E-Mail (freiwillige Angabe)			
Geburtsdatum			
Derzeitige Tätigkeit			

Welches Verhältnis besteht zwischen Antragsteller und zu versichernder Person (Ehegatte, Geschäftspartner ...)?

ZWEITE ZU VERSICHERNDE PERSON

(falls nicht Antragsteller)

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Titel, Nachname		Nationalität	☐ deutsch ☐ andere*
Vorname(n)		Familienstand (freiwillige Angabe)	☐ ledig ☐ verheiratet** ☐ geschieden ☐ verwitwet
Straße, Haus-Nr.			☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges
PLZ, Ort (Wohnsitz)			
Telefon (freiwillige Angabe)			
E-Mail (freiwillige Angabe)			
Geburtsdatum			
Derzeitige Tätigkeit			

Welches Verhältnis besteht zwischen Antragsteller und zu versichernder Person (Ehegatte, Geschäftspartner ...)?

DATEN ZUM VERSICHERUNGSVERTRAG

VERSICHERUNGSBEGINN (Wenn zwei Personen versichert werden sollen, gelten diese Angaben für beide zu versichernde Personen)

(Tag/Monat/Jahr) **Bitte beachten Sie, dass der Versicherungsbeginn maximal 3 Monate in der Vergangenheit liegen darf.**

☐ Versicherungsdauer in Jahren oder ☐ Versicherungsdauer bis zum Lebensjahr

LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

Erste zu versichernde Person

☐ Schwere Krankheiten Schutz
☐ Risiko Leben Schutz
☐ Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit
☐ Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz

Versicherte Leistung für schwere Krankheiten	€
Versicherte Todesfallleistung	€

LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

Zweite zu versichernde Person

☐ Schwere Krankheiten Schutz
☐ Risiko Leben Schutz
☐ Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit
☐ Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz

Versicherte Leistung für schwere Krankheiten	€
Versicherte Todesfallleistung	€

* Antragsteller aus Irland sowie aus Staaten außerhalb der EU mit Ausnahme der Schweiz und Norwegen bitte auch den Fragebogen „Ausländische Staatsangehörige“ ausfüllen, den Sie auf www.canadalife.de finden.
** Auch eingetragene Lebenspartnerschaft nach LPartG.

ZUSATZOPTIONEN

	Erste zu versichernde Person	Zweite zu versichernde Person
Erweiterter Krankheitenkatalog	☐ ja	☐ ja
Multi-Pay-Option (Ist nur für laufende Beiträge möglich.)	☐ ja	☐ ja
Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (Ist nur für laufende Beiträge möglich.)	☐ ja	(nicht verfügbar)
Erwerbsunfähigkeitsschutz	☐ ja	☐ ja

Sollte meinem Antrag auf den Einschluss der gewünschten Zusatzoption(en) nicht entsprochen werden können, so beantrage ich Versicherungsschutz ohne diese Deckung. Einen entsprechenden Berechnungsvorschlag habe ich erhalten.

Nein, ☐ ich beantrage meinen Versicherungsschutz nur inkl. der gewünschten Zusatzoption(en).

Nein, ☐

BEITRÄGE

Laufender Beitrag ☐ monatlich ☐ vierteljährlich ☐ halbjährlich ☐ jährlich €

☐ Einmalbeitrag € mit Zahlung per ☐ Lastschriftverfahren ☐ Überweisung

PLANMÄSSIGE ERHÖHUNG (Wenn zwei Personen versichert sind, gilt dies für beide zu versichernde Personen. Ist nur für laufende Beiträge möglich.)

Standardmäßig erfolgt keine Erhöhung. Sie können eine jährliche Erhöhung der Leistungen in 1-Prozentschritten zwischen 1 % und 10 % beantragen.

☐ Ich wünsche eine Erhöhung von % .

WIDERRUFLICH BEZUGSBERECHTIGTE PERSON/EN

Wenn Sie uns keinen Bezugsberechtigten bis zum Eintritt des Versicherungsfalls benennen, steht der Leistungsanspruch dem Antragsteller zu. Ist dieser gleichzeitig auch die versicherte Person, steht der Leistungsanspruch im Todesfall seinen Erben zu. **Wenn Sie bereits jetzt eine bezugsberechtigte Person angeben möchten, machen Sie bitte vollständige Angaben bzgl. Name, Vorname und Geburtsdatum der bezugsberechtigten Person. Dies gilt auch für die Leistungen aus gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoptionen.**

Erste zu versichernde Person

Bei Eintritt einer schweren Krankheit / Erwerbsunfähigkeit

☐ Antragsteller ☐ erste versicherte Person

☐ nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Im Todesfall

☐ Antragsteller ☐ nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Zweite zu versichernde Person

Bei Eintritt einer schweren Krankheit / Erwerbsunfähigkeit

☐ Antragsteller ☐ zweite versicherte Person

☐ nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Im Todesfall

☐ Antragsteller ☐ nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

SEPA-LASTSCHRIFTMANDAT FÜR SEPA-BASISLASTSCHRIFTEN

Wichtig: Das Mandat ist nur mit Datum und Unterschrift gültig!

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Hohenzollernring 72, 50672 Köln (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ00000060465)

Eine Mandatsreferenznummer teilen wir Ihnen separat mit.

Ich ermächtige Canada Life, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von Canada Life auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis:

Ich kann innerhalb von 8 Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrags verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Art der Zahlung: ☐ Einmallastschrift ☐ Wiederkehrende Lastschrift

☐ Frau ☐ Herr ☐ Firma

Kontoinhaber

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

IBAN D E

BIC

Kreditinstitut

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ

Bitte immer vollständig ausfüllen.

Bitte beachten Sie auch die auf der Seite 5 von 7 befindlichen Hinweise zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz und zur Entgegennahme von Zahlungen.

Identifizierung

Der Antragsteller ist eine

☐ Privat-/Einzelperson (auch Einzelkaufmann)

☐ Gesellschaft (Kapital- oder Personengesellschaft), z. B. GbR

(Das Ausfüllen des nachfolgenden Abschnittes ist nur für Privat-/Einzelpersonen (z. B. Einzelkaufmann oder Freiberufler) erforderlich. Im Fall einer Gesellschaft (Kapital- oder Personengesellschaft) reichen Sie stattdessen bitte das gesonderte Formular „Identifizierung juristischer Personen/ Personengesellschaften nach dem Geldwäschegesetz (GwG)" mit ein.)

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch:

☐ gültigen Personalausweis ☐ gültigen Reisepass

☐ Sonstige zugelassene Dokumente

Ausweis-Nr.

Ausstellende Behörde

Gültig bis

Geburtsort

ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ (FORTSETZUNG)

Bitte immer vollständig ausfüllen.

Ggf. für den Antragsteller auftretende Person

Nachname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	

Nationalität ☐ deutsch ☐ andere*

Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Die für den Antragsteller auftretende Person hat sich ausgewiesen durch:

☐ gültigen Personalausweis ☐ gültigen Reisepass

☐ Sonstige zugelassene Dokumente

Ausweis-Nr.	
Ausstellende Behörde	
Gültig bis	
Geburtsort	

Die für den Antragsteller auftretende Person hat die Berechtigung zur Vertretung nachgewiesen durch:

☐ Handelsregisterauszug ☐ Vollmacht

Wirtschaftliche Berechtigung

☐ Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung

☐ Der Antragsteller handelt auf Veranlassung von (anzugeben ist der wirtschaftlich Berechtigte):

Nachname	
Vorname(n)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	

Nur bei abweichendem Beitragszahler:

Es besteht folgendes Verhältnis zwischen Antragsteller und Beitragszahler (z. B. Art der Verwandschafts- oder Geschäftsbeziehung):

Bitte fügen Sie eine Kopie des entsprechenden Ausweises bzw. Dokuments bei.

POLITISCH EXPONIERTE PERSON

Politisch exponierte Personen sind diejenigen natürlichen Personen, die wichtige öffentliche Ämter ausüben oder ausgeübt haben, und ihre unmittelbaren Familienmitglieder oder ihnen bekanntermaßen nahestehende Personen. Ist der Antragsteller, der wirtschaftlich Berechtigte oder der Bezugsberechtigte eine politisch exponierte Person?

☐ nein ☐ ja (bitte Zusatzformular „Fragebogen politisch exponierte Personen (PEP)“ ausfüllen)

NEBENABREDEN

Auf Vereinbarungen und Nebenabreden, die nicht in diesem Antrag vermerkt sind oder nicht Canada Life direkt zugehen und von uns schriftlich bestätigt werden, können Sie sich als Antragsteller nicht berufen.

☐ Nach Tod des Versicherungsnehmers wird die versicherte Person (sofern volljährig und in Deutschland ansässig) Versicherungsnehmer mit allen Rechten und Pflichten. Sollte der Versicherungsnehmer selbst eine versicherte Person sein, gilt dies für die verbleibende versicherte Person. Die Anzeige und der Nachweis des Todes des ursprünglichen Versicherungsnehmers obliegt der versicherten Person. Sollten zwei Personen versichert sein, gilt dies für die erste versicherte Person.

BELEHRUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG GEMÄSS § 19 ABSATZ 5 VVG

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen im Antrag und Gesundheitsfragebogen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Canada Life in Textform nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Sie haben als Versicherungsnehmer die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform (z. B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige verantwortlich. Dies gilt für jede versicherte Person.

a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir 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 kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.

d) 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.

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

f) 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.

g) 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.

h) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur 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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

i) Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

BESTÄTIGUNG ÜBER DEN EMPFANG VON INFORMATIONEN UND ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS

Ich bestätige, folgende Unterlagen vor Antragstellung erhalten zu haben: Ausdruck aus der Berechnungssoftware, bestehend aus dem Informationsblatt zu Versicherungsprodukten und den Besonderen Informationen (Teil I), welche die von mir gewünschten Vertragsdaten für die Schwere Krankheiten Vorsorge berücksichtigen; Besondere Informationen (Teil II); Allgemeine Informationen zur Schwere Krankheiten Vorsorge; Versicherungsbedingungen zur Schwere Krankheiten Vorsorge, Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrags, Stand März 2022, und die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Absatz 5 VVG.

Die auf Seite 5 von 7 stehenden Erklärungen des Antragstellers zum Widerrufsrecht und zum Beginn des Versicherungsschutzes sind wichtiger Bestandteil des Vertrags. Mit meiner Unterschrift sind sie anerkannter Inhalt des Vertrags.

Unterschrift des Antragstellers	

ERKLÄRUNG DES ANTRAGSTELLERS UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON/EN

Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Ort	
Datum	

Unterschrift der **ersten** zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller)	

(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

Unterschrift des Antragstellers u. ggf. Firmenstempel	

Unterschrift der **zweiten** zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller)	

(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

VERMITTLER

Bitte vollständig ausfüllen.

Die obigen Angaben zur Identifizierung nach GwG habe ich persönlich durch Einsichtnahme in die Originaldokumente aufgenommen und werden von mir als zutreffend bestätigt. Andere oder weitere Angaben oder Vereinbarungen als oben im Antrag aufgeführt wurden nicht gemacht.

Ort	
Datum	
Telefonnummer für Rückfragen	

IHK-Registernummer	D – – –
Vermittlername in Druckbuchstaben	
Unterschrift	

Erklärungen des Antragstellers zum Widerrufsrecht und zum Beginn des Versicherungsschutzes

1. Erklärung zur Belehrung über das Widerrufsrecht
Ich wurde über mein Widerrufsrecht sowie die Rechtsfolgen eines möglichen Widerrufs belehrt.

2. Zustimmung des/der Antragstellers/in zum Beginn des Versicherungsschutzes vor Ablauf der Widerrufsfrist
Ich stimme zu, dass der Versicherungsschutz vor Ablauf der Widerrufsfrist beginnen kann. Wenn ich dies nicht wünsche, habe ich das auf einem gesonderten Blatt oder unter „Nebenabreden“ im Antragsformular vermerkt.

Hinweis zur Identifizierung nach dem Geldwäschegesetz (GwG)

Nach dem GwG sind Versicherungsunternehmen verpflichtet, den Vertragspartner sowie für diesen auftretende Personen bei Vertragsabschluss zu identifizieren. Soweit vorhanden sind auch ein wirtschaftlich berechtigter Dritter sowie ein abweichender Bezugsberechtigter zu identifizieren. Die erforderlichen Daten sind aufzuzeichnen. Kommt der Vertrag über einen Vermittler zustande oder wird er über einen solchen abgewickelt, so muss die Identifizierung auch durch den Vermittler erfolgen.

Zur Identifizierung benötigen wir von Ihnen eine Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses und die Nummer des gültigen Personalausweises/Reisepasses, das Datum der Ausstellung sowie die Angabe der ausstellenden Behörde.

Ist der Antragsteller eine juristische Person oder eine Personengesellschaft, so müssen wir zur Identifizierung umfangreiche Angaben wie Name, Rechtsform, Registernummer, Anschrift des Sitzes oder der Hauptniederlassung und Namen der Mitglieder des Vertretungsorgans oder der gesetzlichen Vertreter verlangen. Als Nachweis für die Identität des Antragstellers benötigen wir einen aktuellen Auszug aus dem Handels- oder Genossenschaftsregister oder vergleichbaren Register oder die Gründungsdokumente bzw. gleichwertige beweiskräftige Dokumente. Ist ein Mitglied des Vertretungsorgans oder der gesetzliche Vertreter eine juristische Person, so müssen wir auch von ihr die vorgenannten Angaben erheben. Bitte verwenden Sie das gesonderte Formular „Identifizierung juristischer Personen/ Personengesellschaften nach dem Geldwäschegesetz (GwG)“.

Für Vertragspartner auftretende Personen sind im gleichem Umfang zu identifizieren. Die Berechtigung zur Vertretung ist uns hierbei ebenso nachzuweisen.

Handelt der Antragsteller für einen wirtschaftlich berechtigten Dritten, so muss dieser ebenfalls identifiziert werden. Dies schließt in den Fällen, in denen der Antragsteller eine juristische Person oder Personengesellschaft ist, die Pflicht mit ein, die Eigentums- und Kontrollstruktur des Vertragspartners mit angemessenen Mitteln in Erfahrung zu bringen.

Wirtschaftlich berechtigt ist die natürliche Person oder sind mehrere natürliche Personen, in deren Eigentum oder unter deren Kontrolle der Vertragspartner letztlich steht oder auf deren Veranlassung eine Transaktion letztlich durchgeführt wird oder auf deren Veranlassung eine Geschäftsbeziehung letztlich begründet wird. Bei Gesellschaften ist dies die natürliche Person, welche unmittelbar oder mittelbar mehr als 25 Prozent der Stimmrechte oder Kapitalanteile hält bzw. auf vergleichbare Weise Kontrolle ausübt, bei treuhänderischem Handeln die natürliche Person, auf deren Veranlassung der Treuhänder handelt.

Der Vertragspartner muss uns die notwendigen Informationen und Unterlagen zur Verfügung stellen und die sich im Laufe der Geschäftsbeziehung ergebenden Änderungen unverzüglich anzeigen.

Der Vermittler überprüft Ihre Identität und bestätigt Ihre Angaben durch seine Unterschrift auf dem Antrag bzw. dem gesonderten Formular oder auf der Kopie.

Soweit keine risikoerhöhenden Umstände ersichtlich sind, können wir, wenn es sich um eine Direktversicherung handelt, von der Frage nach dem wirtschaftlich Berechtigten absehen.

Hinweis zur Entgegennahme von Zahlungen

Versicherungsvertreter sind nicht zur Entgegennahme von Beitragszahlungen bevollmächtigt.

Datenschutzhinweise bei Beantragung des Versicherungsvertrages

Wir möchten Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten mit diesen Datenschutzhinweisen gemäß Artikel 13 DSGVO informieren.
Bitte beachten Sie auch die Hinweise in der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung und die Hinweise auf unserer Internetseite www.canadalife.de.

Mit diesen Hinweisen informieren wir Sie über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten durch die Canada Life Assurance Europe plc und die Ihnen nach dem Datenschutzrecht zustehenden Rechte.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung

In Deutschland:
Canada Life Assurance Europe plc Niederlassung für Deutschland
Hohenzollernring 72
50672 Köln

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

Postanschrift/Telefon/E-Mail für beide verantwortliche Stellen:
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon (allgemein): 06102-306-1800
Fax (allgemein): 06102-306-1801
E-Mail-Adresse (allgemein): kundenservice@canadalife.de

Unseren Datenschutzbeauftragten in **Deutschland** erreichen Sie per Post unter:
Max J. Hünert
Datenschutzbeauftragter
Siemensstraße 8
63263 Neu-Isenburg
E-Mail: CLE_Datenschutz@canadalife.de

Unsere Datenschutzbeauftragte in **Irland** erreichen Sie per Post unter:
Sabine Knoll
Head of Compliance
Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
E-Mail: CLE_Datenschutz@canadalife.ie

Zwecke und Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten unter Beachtung der EU-Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO), des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), der datenschutzrechtlich relevanten Bestimmungen des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) sowie aller weiteren maßgeblichen Gesetze.

Stellen Sie einen Antrag auf Versicherungsschutz, benötigen wir die von Ihnen hierbei gemachten Angaben für den Abschluss des Vertrags und zur Einschätzung des von uns zu übernehmenden Risikos. Kommt der Versicherungsvertrag zustande, verarbeiten wir diese Daten zur Durchführung des Vertragsverhältnisses, z. B. zur Policierung, Rechnungsstellung, oder Abrechnung gegenüber Ihrem betreuenden Versicherungsvermittler.

Der Abschluss bzw. die Durchführung des Versicherungsvertrags ist ohne die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nicht möglich.

Darüber hinaus benötigen wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erstellung von versicherungsspezifischen Statistiken, z. B. für die Entwicklung neuer Tarife oder zur Erfüllung aufsichtsrechtlicher Vorgaben. Die Daten aller bei der Canada Life bestehenden Verträge nutzen wir für eine Betrachtung der gesamten Kundenbeziehung, beispielsweise zur Beratung hinsichtlich einer Vertragsanpassung, -ergänzung, für Kulanzentscheidungen oder für umfassende Auskunftserteilungen.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitungen personenbezogener Daten für vorvertragliche und vertragliche Zwecke ist Artikel 6 Absatz 1 b) DSGVO. Soweit dafür besondere Kategorien personenbezogener Daten (z. B. Ihre Gesundheitsdaten bei Abschluss eines Lebensversicherungsvertrags) erforderlich sind, holen wir Ihre Einwilligung nach Artikel 9 Absatz 2 a) in Verbindung mit Artikel 7 DSGVO ein. Erstellen wir Statistiken mit diesen Datenkategorien, erfolgt dies auf Grundlage von Artikel 9 Absatz 2 j) DSGVO in Verbindung mit § 27 BDSG.

Ihre Daten verarbeiten wir auch, um berechtigte Interessen von uns oder von Dritten zu wahren (Artikel 6 Absatz 1 f) DSGVO). Dies kann insbesondere erforderlich sein:
– zur Gewährleistung der IT-Sicherheit und des IT-Betriebs,
– zur Werbung für unsere eigenen Versicherungsprodukte sowie für Markt- und Meinungsumfragen,
– zur Verhinderung und Aufklärung von Straftaten, insbesondere nutzen wir Datenanalysen zur Erkennung von Hinweisen, die auf Versicherungsmissbrauch hindeuten können.
– zur Risikosteuerung innerhalb des Unternehmens
– zur Steuerung des Geschäfts und Fortentwicklung von Prozessen, Dienstleistungen und Produkten

Darüber hinaus verarbeiten wir Ihre personenbezogenen Daten zur Erfüllung gesetzlicher Verpflichtungen wie z. B. aufsichtsrechtlicher Vorgaben, handels- und steuerrechtlicher Aufbewahrungspflichten oder unserer Beratungspflicht. Als Rechtsgrundlage für die Verarbeitung dienen in diesem Fall die jeweiligen gesetzlichen Regelungen in Verbindung mit Artikel 6 Absatz 1 c) DSGVO.

Sollten wir Ihre personenbezogenen Daten für einen oben nicht genannten Zweck verarbeiten wollen, werden wir Sie im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen darüber zuvor informieren.

Kategorien von Empfängern der personenbezogenen Daten

Rückversicherer:
Von uns übernommene Risiken versichern wir bei speziellen Versicherungsunternehmen (Rückversicherer). Dafür kann es erforderlich sein, Ihre Vertrags- und gegebenenfalls Leistungsfalldaten an einen Rückversicherer zu übermitteln, damit dieser sich ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann. Darüber hinaus ist es möglich, dass der Rückversicherer unser Unternehmen aufgrund seiner besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt. Wir übermitteln Ihre Daten an den Rückversicherer nur soweit dies für die Erfüllung unseres Versicherungsvertrags mit Ihnen erforderlich ist bzw. im zur Wahrung unserer berechtigten Interessen erforderlichen Umfang. Nähere Informationen zum eingesetzten Rückversicherer Swiss Re stellt Ihnen dieser auf www.swissre.com zur Verfügung. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Vermittler:
Soweit Sie hinsichtlich Ihrer Versicherungsverträge von einem Vermittler betreut werden, verarbeitet Ihr Vermittler die zum Abschluss und zur Durchführung des Vertrags benötigten Antrags-, Vertrags- und Leistungsfalldaten. Auch übermittelt unser Unternehmen diese Daten an die Sie betreuenden Vermittler, soweit diese die Informationen zu Ihrer Betreuung und Beratung in Ihren Versicherungs- und Finanzdienstleistungsangelegenheiten benötigen.

Datenverarbeitung in der Unternehmensgruppe:
Spezialisierte Unternehmen bzw. Bereiche unserer Unternehmensgruppe nehmen bestimmte Datenverarbeitungsaufgaben für die in der Gruppe verbundenen Unternehmen zentral wahr. In unserer Dienstleisterliste finden Sie die Unternehmen, die an einer zentralisierten Datenverarbeitung teilnehmen.

Externe Dienstleister:
Wir bedienen uns zur Erfüllung unserer vertraglichen und gesetzlichen Pflichten zum Teil externer Dienstleister.

Eine Auflistung der von uns eingesetzten Auftragnehmer und Dienstleister, zu denen nicht nur vorübergehende Geschäftsbeziehungen bestehen, können Sie der Übersicht im Anhang sowie in der jeweils aktuellen Version auf unserer Internetseite unter www.canadalife.de entnehmen.

Weitere Empfänger:
Darüber hinaus können wir Ihre personenbezogenen Daten an weitere Empfänger übermitteln, wie etwa an Behörden zur Erfüllung gesetzlicher Mitteilungspflichten (z. B. Sozialversicherungsträger, Finanzbehörden oder Strafverfolgungsbehörden).

Dauer der Datenspeicherung

Wir löschen Ihre personenbezogenen Daten sobald sie für die oben genannten Zwecke nicht mehr erforderlich sind. Dabei kann es vorkommen, dass personenbezogene Daten für die Zeit aufbewahrt werden, in der Ansprüche gegen unser Unternehmen geltend gemacht werden können (gesetzliche Verjährungsfrist von drei oder bis zu dreißig Jahren). Zudem speichern wir Ihre personenbezogenen Daten, soweit wir dazu gesetzlich verpflichtet sind. Entsprechende Nachweis- und Aufbewahrungspflichten ergeben sich unter anderem aus dem Handelsgesetzbuch, der Abgabenordnung und dem Geldwäschegesetz. Die Speicherfristen betragen danach bis zu zehn Jahren.

Betroffenenrechte

Sie können unter der oben genannten Adresse Auskunft über die zu Ihrer Person gespeicherten Daten verlangen. Darüber hinaus können Sie unter bestimmten Voraussetzungen die Berichtigung oder die Löschung Ihrer Daten verlangen. Ihnen kann weiterhin ein Recht auf Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten sowie ein Recht auf Herausgabe der von Ihnen bereitgestellten Daten in einem strukturierten, gängigen und maschinenlesbaren Format zustehen.

Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Beschwerderecht

Sie haben die Möglichkeit, sich mit einer Beschwerde an den oben genannten Datenschutzbeauftragten oder an eine Datenschutzaufsichtsbehörde zu wenden.

Bonitätsauskünfte

Wir übermitteln Ihre Daten (Name, Adresse und ggf. Geburtsdatum) zum Zweck der Bonitätsprüfung an die infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstr. 99, 76532 Baden-Baden. Rechtsgrundlagen dieser Übermittlungen sind Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe b und Artikel 6 Absatz 1 Buchstabe f der DSGVO. Übermittlungen auf der Grundlage dieser Bestimmungen dürfen nur erfolgen, soweit dies zur Wahrung berechtigter Interessen unseres Unternehmens oder Dritter erforderlich ist und nicht die Interessen der Grundrechte und Grundfreiheiten der betroffenen Person, die den Schutz personenbezogener Daten erfordern, überwiegen. Detaillierte Informationen zur ICD i. S. d. Art. 14 Europäische Datenschutzgrundverordnung („EU DSGVO"), d. h. Informationen zum Geschäftszweck, zu Zwecken der Datenspeicherung, zu den Datenempfängern, zum Selbstauskunftsrecht, zum Anspruch auf Löschung oder Berichtigung etc. finden Sie unter folgendem Link: https://finance.arvato.com/icdinfoblatt

Datenübermittlung in ein Drittland

Sollten wir personenbezogene Daten an Dienstleister außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums (EWR) übermitteln, erfolgt die Übermittlung nur, soweit dem Drittland durch die EU-Kommission ein angemessenes Datenschutzniveau bestätigt wurde oder andere angemessene Datenschutzgarantien (z. B. verbindliche unternehmensinterne Datenschutzvorschriften oder EU-Standardvertragsklauseln) vorhanden sind. Detaillierte Information zu den Ländern mit angemessenem Datenschutzniveau finden Sie hier: http://ec.europa.eu/justice/data-protection/international-transfers/adequacy/index_en.htm. Sie können die Informationen auch unter den oben genannten Kontaktinformationen anfordern.

Canada Life Assurance Europe plc
Niederlassung für Deutschland
Hohenzollernring 72, 50672 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
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:
Kevin Murphy (Vorstandsvorsitzender, irisch), Sylvia Cronin (irisch),
Susan Gibson (irisch), Iris Kremers (deutsch),
Rose McHugh (irisch), Dr. Igor Radović (österreichisch)
Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung: Magnus Baumhauer (deutsch)

Formular

„Gesundheitsfragen“

zur Schweren Krankheiten Vorsorge

Dieses Formular „Gesundheitsfragen“ ist immer auszufüllen.

Formular Gesundheitsfragen

Dieses Formular ist Bestandteil des Antragsformulars

Stand Oktober 2020

ANTRAGSTELLER UND ZU VERSICHERNDE PERSON/EN

Antragsteller	Nachname, Vorname	
Erste zu versichernde Person	Nachname, Vorname	
	Derzeitige Tätigkeit	
Zweite zu versichernde Person	Nachname, Vorname	
	Derzeitige Tätigkeit	

zum Antrag Schwere Krankheiten Vorsorge vom

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges

☐ angestellt ☐ selbstständig ☐ Sonstiges

BELEHRUNG ÜBER DIE FOLGEN EINER VORVERTRAGLICHEN ANZEIGEPFLICHTVERLETZUNG GEMÄSS § 19 ABSATZ 5 VVG

Sehr geehrter Kunde,

damit wir Ihren Versicherungsantrag ordnungsgemäß prüfen können, ist es notwendig, dass Sie die beiliegenden Fragen im Antrag und Gesundheitsfragebogen wahrheitsgemäß und vollständig beantworten. Es sind auch solche Umstände anzugeben, denen Sie nur geringe Bedeutung beimessen.

Angaben, die Sie nicht gegenüber dem Versicherungsvermittler machen möchten, sind unverzüglich und unmittelbar gegenüber der Canada Life in Textform nachzuholen.

Bitte beachten Sie, dass Sie Ihren Versicherungsschutz gefährden, wenn Sie unrichtige oder unvollständige Angaben machen. Nähere Einzelheiten zu den Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht können Sie der nachstehenden Information entnehmen.

Sie haben als Versicherungsnehmer die Ihnen bekannten Gefahrumstände, nach denen wir in Textform (z. B. schriftlich, per E-Mail oder in anderer lesbarer Form) bei Antragstellung und auch danach bis zum Zeitpunkt der Vertragsannahme durch uns gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen.

Sollen nicht Sie, sondern ein Dritter versicherte Person werden, ist auch dieser – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Anzeige verantwortlich. Dies gilt für jede versicherte Person.

a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir 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 Versicherungsfalles 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 Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt der Versicherungsvertrag. Die Rückzahlung der von Ihnen für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

d) 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.

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

f) 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.

g) 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.

h) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur 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 der Ausübung unserer Rechte haben wir die Umstände anzugeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

   Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Gefahrumstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

   Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen mit Ablauf von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Die Frist beträgt zehn Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

i) Lassen Sie sich bei Abschluss des Vertrages durch eine andere Person vertreten, so sind bezüglich der Anzeigepflicht, des Rücktritts, der Kündigung, der Vertragsänderung und der Ausschlussfrist für die Ausübung unserer Rechte die Kenntnis und Arglist Ihres Stellvertreters als auch Ihre eigene Kenntnis und Arglist zu berücksichtigen. Sie können sich darauf, dass die Anzeigepflicht nicht vorsätzlich oder grob fahrlässig verletzt worden ist, nur berufen, wenn weder Ihrem Stellvertreter noch Ihnen Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit zur Last fällt.

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE/N PERSON/EN

KINDER-GESUNDHEITSFRAGEN – auszufüllen, wenn die zu versichernde Person unter 16 Jahre ist.

Ist die zu versichernde Person 16 Jahre oder älter, füllen Sie bitte stattdessen das „Formular Gesundheitsfragen“ aus.

		Erste zu versichernde Person	Zweite zu versichernde Person
1]	Bitte geben Sie Größe und Gewicht der zu versichernden Person an.	Größe cm Gewicht kg	Größe cm Gewicht kg
2]	Wurden übliche Untersuchungen für Kinder (z. B. U-Untersuchungen, Jugenduntersuchung, Schuleingangsuntersuchung) durchgeführt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	Falls „ja“: Wurde dabei ein kontroll- oder therapiebedürftiger Befund festgestellt?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	Falls „ja“ machen Sie bitte genauere Angaben und reichen Sie uns die Untersuchungsbefunde ein. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte das angehängte Zusatzblatt **Ergänzende Angaben**.		
3]	Wurden „in den letzten 3 Jahren“ kontroll- oder therapiebedürftige Erkrankungen (z. B. Diabetes, Krebs, Herzfehler, Stoffwechselerkrankung) festgestellt oder ist derzeit eine Behandlung / Therapie erforderlich, angeraten oder stehen noch Untersuchungsergebnisse aus?	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
	Falls „ja“: Machen Sie bitte genauere Angaben und reichen Sie uns die Untersuchungsbefunde ein. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte das angehängte Zusatzblatt **Ergänzende Angaben**.		

GESUNDHEITSFRAGEN FÜR ERWACHSENE – auszufüllen, wenn die zu versichernde Person 16 Jahre oder älter ist.

		Erste zu versichernde Person	Zweite zu versichernde Person
1]	Bestehen für Sie bereits Dread Disease-, Lebens- oder Berufsunfähigkeits-/Erwerbsunfähigkeitsversicherungen oder haben Sie solche beantragt bzw. haben Sie vor diese zu beantragen (bei Canada Life oder anderen Versicherungsunternehmen)?	☐ ja ☐ nein Falls ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung (in €)?	☐ ja ☐ nein
2]	Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?	☐ ja ☐ nein Falls ja, wo, wie lange und zu welchem Zweck?	☐ ja ☐ nein
3]	Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an.	Größe cm Gewicht kg	Größe cm Gewicht kg
4]	Haben Sie in den letzten 12 Monaten Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumiert? (Sie werden als Nichtraucher eingestuft, wenn Sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumiert haben.)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein
5]	Sind Sie beruflich besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Tauchen, Flugrisiko, Umgang mit radioaktiven oder gesundheitsgefährdenden Stoffen)?	☐ ja ☐ nein Falls ja, welche?	☐ ja ☐ nein Falls ja, welche?
6]	Sind Sie privat besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Flugsport oder sonstige gefährliche Sportarten)?	☐ ja ☐ nein Falls ja, welche?	☐ ja ☐ nein Falls ja, welche?
7]	Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchung)/ Behandlung angeraten oder beabsichtigt?	☐ ja ☐ nein Falls ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben.	☐ ja ☐ nein
8]	**Diese Frage bitte nur bei einer beantragten Versicherungssumme über 500.000 € für den Schwere Krankheiten Schutz und den Erwerbsunfähigkeitsschutz ausfüllen. Oder bei einer beantragten Versicherungssumme über 750.000 € für den Risiko Leben Schutz.**	Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (Jahresarbeitseinkommen ohne Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen etc.) im Durchschnitt der letzten zwei Jahre? €	€

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 5 JAHRE:

9]	Beziehen, bezogen oder beantragen Sie eine Rente wegen Berufs- oder Erwerbsunfähigkeit, Unfallinvalidität oder aus anderen gesundheitlichen Gründen? Besteht eine Erwerbsminderung (MdE)/Schwerbehinderung (GdB)?	☐ ja ☐ nein Falls ja, welche und was ist der Grund der Beeinträchtigung?	☐ ja ☐ nein
10]	Ist ein Versicherungsantrag von Ihnen bei einer Versicherungsgesellschaft einschließlich Canada Life im Bereich Dread Disease, Lebens-, Berufsunfahigkeits-oder Erwerbsunfahigkeitsversiherung abgelehnt, zurückgestellt oder nur zu besonderen Bedingungen (z. B. Beitragszuschlag, Staffelung, einschränkende Klausel, Endalterbeschränkung) angenommen worden?	☐ ja ☐ nein Falls ja, welche Gesellschaft, wann und weshalb?	☐ ja ☐ nein

FRAGEN AN DIE ZU VERSICHERNDE/N PERSON/EN (FORTSETZUNG)

11] Bestehen oder bestanden bei Ihnen folgende Erkrankungen, Beschwerden oder Gesundheitsstörungen oder stehen noch Befunde aus aktuellen Untersuchungen aus?

a.	Krebs, Tumore, Knoten, Zysten oder andere gut- oder bösartige Neubildungen (z. B. Leukämie, Morbus Hodgkin)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
b.	Herz-und Kreislaufsystem (z. B. Bluthochdruck, Herzrasen, Brustschmerzen, Herzfehler, Herzinfarkt, Veränderungen im EKG, Herzthythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
c	Gehirn oder Nerven (z. B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Hirntumore, Sensibilitätsstörung)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
d.	Nieren oder ableitende Harnwege bzw. Geschlechtsorgane (z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Eiweißausscheidungen oder Erkrankungen der Prostata, der Blase, Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brustdrüsen)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
e.	Atmungsorgane (z. B. Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
f.	Augen (z. B. Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit), Infektionen)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
	Dioptrien:	☐ links ☐ rechts	☐ links ☐ rechts	
g.	Ohren (z. B. Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus, Infektionen)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
h.	Verdauungsorgane (z. B. wiederkehrende Verdauungsstörungen, Magengeschwüre, Darmentzündung, Gastritis, wiederkehrende Durchfälle, Gallenbeschwerden, Beschwerden an der Bauchspeicheldrüse)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
i.	Leber, Drüsen oder Stoffwechsel (z. B. Diabetes, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Gicht, Fettleber, Schilddrüsenstörungen) oder chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	
j.	Blut, Lymphsystem oder Milz (z. B. Veränderungen des Blutbildes, Thrombose, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Milzvergrößerung)	☐ ja ☐ nein	☐ ja ☐ nein	

12] Haben Sie in den letzten 12 Monaten regelmäßig Medikamente (d. h. an mehr als 4 Tagen einer Woche oder Medikamente mit Langzeitwirkung) über einen Zeitraum von mehr als 4 Wochen verwendet oder wurde Ihnen dieses angeraten?

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Falls ja, machen Sie hier bitte nähere Angaben

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 10 JAHRE:

13] Wurden Sie in einem Krankenhaus, in einer Rehabilitationsklinik, Entzugsklinik (wegen Alkohol- oder Drogenkonsum) oder in einer anderen medizinischen Einrichtung (z. B. Schmerzzentrum, psychosomatische Klinik) beraten, untersucht, behandelt oder operiert (auch ambulant) oder sind weitere Untersuchungen oder Behandlungen angeraten, vorgesehen oder beabsichtigt?

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche Diagnose?

Welche Behandlung?

Wann?

14] Wurden bei Ihnen nicht normale Ergebnisse bei Untersuchungen festgestellt (z. B. EKG, Röntgen, Blutdruckmessung, Urin- und Blutuntersuchung) oder stehen derzeit noch Untersuchungsergebnisse aus oder sind weitere Kontrolluntersuchungen angeraten, vorgesehen oder beabsichtigt?

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Falls ja, welche?

Bitte geben Sie unbedingt den **Namen und die Praxisanschrift des Arztes** an, der zurzeit am besten über den Gesundheitszustand der zu versichernden Person/en informiert ist.

Arzt der ersten zu versichernden Person

Titel, Nachname	
Vorname(n)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

Arzt der zweiten zu versichernden Person

Titel, Nachname	
Vorname(n)	
Straße, Haus-Nr.	
PLZ, Ort	
Telefon	

FRAGEN BEI EINSCHLUSS „BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT“ UND „ERWERBSUNFÄHIGKEITSSCHUTZ“

Haben Sie in den letzten 12 Monaten einen Arzt konsultiert wegen:

15] Psychischer oder psychosomatischer Erkrankungen (z. B. Angststörung, Zwangsstörung, Depression, Essstörung)

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

16] Erkrankungen oder Beschwerden der Wirbelsäule, der Gelenke, der Muskeln oder Bänder, wegen der Sie zusammenhängend mehr als 1 Woche krankgeschrieben oder arbeitsunfähig waren.

☐ ja ☐ nein ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, bitte nennen Sie die Erkrankung:

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 11 bis 16 mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben und fügen Sie zudem den ggf. erforderlichen ausgefüllten Risiko-Fragebogen bei. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, verwenden Sie bitte das angehängte Zusatzblatt **Ergänzende Angaben**.

Zu Frage	Betroffene Organe/ Körperteile	Diagnose und -zeitpunkt	Häufigkeit	Beschwerden/Folgen	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses

Falls weitere Unterlagen folgen bzw. beigefügt sind, machen Sie hier bitte nähere Angaben, um welche Unterlagen es sich handelt:

ANGABEN ZUM FÜHREN EINES TELEFONINTERVIEWS (NUR BEI VOLLJÄHRIGKEIT)

Gegebenenfalls benötigen wir neben Ihren Antworten auf die Gesundheitsfragen weitere Informationen. Diese können oft im Rahmen eines Telefoninterviews durch einen externen Dienstleister eingeholt werden. Falls Sie dies wünschen, füllen Sie bitte diesen Abschnitt aus. Bei Bedarf vereinbaren wir mit Ihnen einen Termin für ein Telefoninterview. Anderenfalls holen wir zusätzliche Angaben schriftlich von Ihnen ein.

Erste zu versichernde Person

Nachname, Vorname

Zweite zu versichernde Person

Nachname, Vorname

Ich bin am besten telefonisch erreichbar unter:

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

Um sicherstellen zu können, dass wir Sie schnell kontaktieren können, nennen Sie uns bitte eine zweite Telefonnummer, unter der wir Sie ggf. erreichen können:

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

Bitte nennen Sie uns Zeiträume innerhalb der kommenden Wochen, in denen Sie aufgrund von Urlaub o. Ä. nicht erreichbar sind:

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

Sie können vor Terminvereinbarung und auch vor und während des Interviews jederzeit Ihr Einverständnis für ein Interview zurückziehen. Ihr Gesprächspartner wird Sie vor und während des Interviews auch darauf hinweisen. Nach dem aufgezeichneten Telefoninterview wird ein Protokoll mit dessen Inhalt erstellt. Wir übersenden Ihnen das Protokoll mit der Bitte, es zu unterzeichnen und zurückzuschicken (Freiumschlag). Es wird nach Unterzeichnung und Rücksendung Vertragsbestandteil.

ERKLÄRUNGEN DES ANTRAGSTELLERS UND DER ZU VERSICHERNDEN PERSON/EN

Die Antragsfragen habe ich nach bestem Wissen richtig und vollständig beantwortet.

Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes und der EU-Datenschutz-Grundverordnung sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für diesen Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigt die Canada Life daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindungen, um Ihre Gesundheitsdaten bei schweigepflichtigen Stellen, wie z. B. Ärzten, erheben zu dürfen. Als Unternehmen der Lebensversicherung benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung ferner, um Ihre Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) geschützte Daten, wie z. B. die Tatsache, dass ein Vertrag mit Ihnen besteht, an andere Stellen, z. B. Ihren betreuenden Vermittler und IT-Dienstleister, weiterleiten zu dürfen.

Die folgenden Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen sind für die Antragsprüfung sowie die Begründung, Durchführung oder Beendigung Ihres Versicherungsvertrages bei der Canada Life unentbehrlich. Sollten Sie diese nicht abgeben, wird der Abschluss des Vertrages in der Regel nicht möglich sein. Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die Canada Life Assurance Europe plc.

Weitere Informationen zur Datenverarbeitung auf Grundlage der EU-Datenschutz-Grundverordnung entnehmen Sie den Datenschutzhinweisen bei Beantragung des Versicherungsvertrages, die Sie im Anschluss an den Antragsfragebogen Ihres Versicherungsantrages finden.

Die Erklärungen betreffen den Umgang mit Ihren Gesundheitsdaten und sonstiger nach § 203 StGB geschützter Daten

- durch die Canada Life selbst (unter 1.),
- im Zusammenhang mit der Abfrage bei Dritten (unter 2.),
- bei der Weitergabe an Stellen außerhalb der Canada Life (unter 3.) und
- wenn der Vertrag nicht zustande kommt (unter 4.).

Die Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen wie Ihre Kinder, soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

1. Erhebung, Speicherung und Nutzung der von Ihnen mitgeteilten Gesundheitsdaten durch die Canada Life

☑ Ich willige ein, dass die Canada Life die von mir in diesem Antrag und künftig mitgeteilten Gesundheitsdaten erhebt, speichert und nutzt, soweit dies zur Antragsprüfung sowie zur Begründung, Durchführung oder Beendigung dieses Versicherungsvertrages erforderlich ist.

2. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten

2.1. Abfrage von Gesundheitsdaten bei Dritten zur Risikobeurteilung und zur Prüfung der Leistungspflicht

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken kann es notwendig sein, Informationen von Stellen abzufragen, die über Ihre Gesundheitsdaten verfügen. Außerdem kann es zur Prüfung der Leistungspflicht erforderlich sein, dass die Canada Life die Angaben über Ihre gesundheitlichen Verhältnisse prüfen muss, die Sie zur Begründung von Ansprüchen gemacht haben oder die sich aus eingereichten Unterlagen (z. B. Rechnungen, Verordnungen, Gutachten) oder Mitteilungen z. B. eines Arztes oder sonstigen Angehörigen eines Heilberufs ergeben.

Diese Überprüfung erfolgt nur, soweit es erforderlich ist. Die Canada Life benötigt hierfür Ihre Einwilligung einschließlich einer Schweigepflichtentbindung für sich sowie für diese Stellen, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 StGB geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.

Sie können diese Erklärungen bereits hier (I) oder später im Einzelfall (II) erteilen. Sie können Ihre Entscheidung jederzeit ändern. Bitte entscheiden Sie sich für eine der beiden nachfolgenden Möglichkeiten:

Erste zu versichernde Person

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die Canada Life – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Canada Life übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Canada Life an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Canada Life tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die Canada Life in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Canada Life einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Canada Life einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Canada Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

Zweite zu versichernde Person

Möglichkeit I:

☐ Ich willige ein, dass die Canada Life – soweit es für die Risikobeurteilung oder für die Leistungsfallprüfung erforderlich ist – meine Gesundheitsdaten bei Ärzten, Pflegepersonen sowie bei Bediensteten von Krankenhäusern, sonstigen Krankenanstalten, Pflegeheimen, Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden erhebt und für diese Zwecke verwendet.

Ich befreie die genannten Personen und Mitarbeiter der genannten Einrichtungen von ihrer Schweigepflicht, soweit meine zulässigerweise gespeicherten Gesundheitsdaten aus Untersuchungen, Beratungen, Behandlungen sowie Versicherungsanträgen und -verträgen aus einem Zeitraum von bis zu zehn Jahren vor Antragstellung an die Canada Life übermittelt werden.

Ich bin darüber hinaus damit einverstanden, dass in diesem Zusammenhang – soweit erforderlich – meine Gesundheitsdaten durch die Canada Life an diese Stellen weitergegeben werden und befreie auch insoweit die für die Canada Life tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

Ich werde vor jeder Datenerhebung nach den vorstehenden Absätzen unterrichtet, von wem und zu welchem Zweck die Daten erhoben werden sollen, und ich werde darauf hingewiesen, dass ich widersprechen und die erforderlichen Unterlagen selbst beibringen kann.

Möglichkeit II:

☐ Ich wünsche, dass mich die Canada Life in jedem Einzelfall informiert, von welchen Personen oder Einrichtungen zu welchem Zweck eine Auskunft benötigt wird. Ich werde dann jeweils entscheiden, ob ich

- in die Erhebung und Verwendung meiner Gesundheitsdaten durch die Canada Life einwillige, die genannten Personen oder Einrichtungen sowie deren Mitarbeiter von ihrer Schweigepflicht entbinde und in die Übermittlung meiner Gesundheitsdaten an die Canada Life einwillige
- oder die erforderlichen Unterlagen selbst beibringe.

Mir ist bekannt, dass dies zu einer Verzögerung der Antragsbearbeitung oder der Prüfung der Leistungspflicht führen kann.

Soweit sich die vorstehenden Erklärungen auf meine Angaben bei Antragstellung beziehen, gelten sie für einen Zeitraum von fünf Jahren nach Vertragsschluss. Ergeben sich nach Vertragsschluss für die Canada Life konkrete Anhaltspunkte dafür, dass bei der Antragstellung vorsätzlich unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde, gelten die Erklärungen bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss.

2.2. Erklärungen für den Fall Ihres Todes

Zur Prüfung der Leistungspflicht kann es auch nach Ihrem Tod erforderlich sein, gesundheitliche Angaben zu prüfen. Eine Prüfung kann auch erforderlich sein, wenn sich bis zu zehn Jahre nach Vertragsschluss für die Canada Life konkrete Anhaltspunkte dafür ergeben, dass bei der Antragstellung unrichtige oder unvollständige Angaben gemacht wurden und damit die Risikobeurteilung beeinflusst wurde. Auch dafür bedürfen wir einer Einwilligung und Schweigepflichtentbindung.

Erste zu versichernde Person

Möglichkeit I:

☐ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärung auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

Zweite zu versichernde Person

Möglichkeit I:

☐ Für den Fall meines Todes willige ich in die Erhebung meiner Gesundheitsdaten bei Dritten zur Leistungsprüfung bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung ein, wie im ersten Ankreuzfeld beschrieben (siehe oben 2.1. – Möglichkeit I).

Möglichkeit II:

☐ Soweit zur Prüfung der Leistungspflicht bzw. einer erforderlichen erneuten Antragsprüfung nach meinem Tod Gesundheitsdaten erhoben werden müssen, geht die Entscheidungsbefugnis über Einwilligungen und Schweigepflichtentbindungserklärung auf meine Erben oder – wenn diese abweichend bestimmt sind – auf die Begünstigten des Vertrags über.

3. Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten und weiterer nach § 203 StGB geschützter Daten an Stellen außerhalb der Canada Life

Die Canada Life verpflichtet die nachfolgenden Stellen vertraglich auf die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz und die Datensicherheit.

3.1. Datenweitergabe zur medizinischen Begutachtung

Für die Beurteilung der zu versichernden Risiken und zur Prüfung der Leistungspflicht kann es notwendig sein, medizinische Gutachter einzuschalten. Die Canada Life benötigt Ihre Einwilligung und Schweigepflichtentbindung,

wenn in diesem Zusammenhang Ihre Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten übermittelt werden. Sie werden über die jeweilige Datenübermittlung unterrichtet.

☑ Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten an medizinische Gutachter übermittelt, soweit dies im Rahmen der Risikoprüfung oder der Prüfung der Leistungspflicht erforderlich ist und meine Gesundheitsdaten dort zweckentsprechend verwendet und die Ergebnisse an die Canada Life zurück übermittelt werden. Im Hinblick auf meine Gesundheitsdaten und weitere nach § 203 StGB geschützte Daten entbinde ich die für die Canada Life tätigen Personen und die Gutachter von ihrer Schweigepflicht.

3.2. Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen)

Die Canada Life führt bestimmte Aufgaben, wie zum Beispiel die Risikoprüfung, die Leistungsfallbearbeitung oder die telefonische Kundenbetreuung, bei denen es zu einer Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung Ihrer Gesundheitsdaten kommen kann, nicht selbst durch, sondern überträgt die Erledigung einer anderen Gesellschaft der Unternehmensgruppe (aufgeführt in der unten genannten Dienstleisterliste) oder einer anderen Stelle. Werden hierbei Ihre nach § 203 StGB geschützten Daten weitergegeben, benötigt die Canada Life Ihre Schweigepflichtentbindung für sich und soweit erforderlich für die anderen Stellen.

Die Canada Life führt eine fortlaufend aktualisierte Liste über die Stellen und Kategorien von Stellen, die vereinbarungsgemäß Gesundheitsdaten für die Canada Life erheben, verarbeiten oder nutzen unter Angabe der übertragenen Aufgaben. Die zurzeit gültige Liste ist als Anlage der Einwilligungserklärung angefügt. Eine aktuelle Liste kann auch im Internet unter www.canadalife.de eingesehen oder bei unserem Kundenservice, Canada Life Assurance Europe plc, Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg, Tel.: 06102-306-1800, Fax: 06102-306-1801, E-Mail: kundenservice@canadalife.de angefordert werden. Für die Weitergabe Ihrer Gesundheitsdaten an und die Verwendung durch die in der Liste genannten Stellen benötigt die Canada Life Ihre Einwilligung.

☑ Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten an die in der oben erwähnten Liste genannten Stellen übermittelt und dass die Gesundheitsdaten dort für die angeführten Zwecke im gleichen Umfang erhoben, verarbeitet und genutzt werden, wie die Canada Life dies tun dürfte. Soweit erforderlich, entbinde ich die Mitarbeiter der Unternehmensgruppe und sonstiger Stellen im Hinblick auf die Weitergabe von Gesundheitsdaten und anderer nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.3. Datenweitergabe an Rückversicherungen

Um die Erfüllung Ihrer Ansprüche abzusichern, kann die Canada Life Rückversicherungen einschalten, die das Risiko ganz oder teilweise übernehmen. In einigen Fällen bedienen sich die Rückversicherungen dafür weiterer Rückversicherungen, denen sie ebenfalls Ihre Daten übergeben. Damit sich die Rückversicherung ein eigenes Bild über das Risiko oder den Versicherungsfall machen kann, ist es möglich, dass die Canada Life Ihren Versicherungsantrag oder Leistungsantrag der Rückversicherung vorlegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn die Versicherungssumme besonders hoch ist oder es sich um ein schwierig einzustufendes Risiko handelt.

Darüber hinaus ist es möglich, dass die Rückversicherung die Canada Life aufgrund ihrer besonderen Sachkunde bei der Risiko- oder Leistungsprüfung sowie bei der Bewertung von Verfahrensabläufen unterstützt.

Haben Rückversicherungen die Absicherung des Risikos übernommen, können sie kontrollieren, ob die Canada Life das Risiko bzw. einen Leistungsfall richtig eingeschätzt hat.

Außerdem werden Daten über Ihre bestehenden Verträge und Anträge im erforderlichen Umfang an Rückversicherungen weitergegeben, damit diese überprüfen können, ob und in welcher Höhe sie sich an dem Risiko beteiligen können. Zur Abrechnung von Prämienzahlungen und Leistungsfällen können Daten über Ihre bestehenden Verträge an Rückversicherungen weitergegeben werden.

Zu den oben genannten Zwecken werden möglichst anonymisierte bzw. pseudonymisierte Daten, jedoch auch personenbezogene Gesundheitsangaben verwendet.

Ihre personenbezogenen Daten werden von den Rückversicherungen nur zu den vorgenannten Zwecken verwendet. Über die Übermittlung Ihrer Gesundheitsdaten an Rückversicherungen werden Sie durch die Canada Life unterrichtet.

☑ Ich willige ein, dass meine Gesundheitsdaten – soweit erforderlich – an Rückversicherungen übermittelt und dort zu den genannten Zwecken verwendet werden. Soweit erforderlich, entbinde ich die für die Canada Life tätigen Personen im Hinblick auf die Gesundheitsdaten und weiteren nach § 203 StGB geschützter Daten von ihrer Schweigepflicht.

3.4. Datenweitergabe an selbstständige Vermittler

Die Canada Life gibt grundsätzlich keine Angaben zu Ihrer Gesundheit an selbstständige Vermittler weiter. Es kann aber in den folgenden Fällen dazu kommen, dass Daten, die Rückschlüsse auf Ihre Gesundheit zulassen, oder gemäß § 203 StGB geschützte Informationen über Ihren Vertrag Versicherungsvermittlern zur Kenntnis gegeben werden.

Soweit es zu vertragsbezogenen Beratungszwecken erforderlich ist, kann der Sie betreuende Vermittler Informationen darüber erhalten, ob und ggf. unter welchen Voraussetzungen (z. B. Annahme mit Risikozuschlag, Ausschlüsse bestimmter Risiken) Ihr Vertrag angenommen werden kann.

Der Vermittler, der Ihren Vertrag vermittelt hat, erfährt, dass und mit welchem Inhalt der Vertrag abgeschlossen wurde. Dabei erfährt er auch, ob Risikozuschläge oder Ausschlüsse bestimmter Risiken vereinbart wurden.

Bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler kann es zur Übermittlung der Vertragsdaten mit den Informationen über bestehende Risikozuschläge und Ausschlüsse bestimmter Risiken an den neuen Vermittler kommen. Sie werden bei einem Wechsel des Sie betreuenden Vermittlers auf einen anderen Vermittler vor der Weitergabe von Gesundheitsdaten informiert sowie auf Ihre Widerspruchsmöglichkeit hingewiesen.

☑ Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten und sonstigen nach § 203 StGB geschützten Daten in den oben genannten Fällen – soweit erforderlich – an den für mich zuständigen selbstständigen Versicherungsvermittler übermittelt und diese dort erhoben, gespeichert und zu Beratungszwecken genutzt werden dürfen.

4. Gesundheitsdaten für die automatisierte Prüfung

☑ Ich willige ausdrücklich ein, dass meine Gesundheitsdaten im Rahmen einer elektronischen Antragstellung automatisiert geprüft und bei positiver Risikobeurteilung im Antragsprozess verwendet werden können. Sollte keine Verwendung nach automatisierter Prüfung im Antragsprozess möglich sein, werden die Daten in den normalen Risikoprüfungsprozess übergeben.

5. Speicherung und Verwendung Ihrer Gesundheitsdaten, wenn der Vertrag nicht zustande kommt

Kommt der Vertrag mit Ihnen nicht zustande, speichert die Canada Life Ihre im Rahmen der Risikoprüfung erhobenen Gesundheitsdaten für den Fall, dass Sie erneut Versicherungsschutz beantragen. Die Canada Life speichert Ihre Daten auch, um mögliche Anfragen weiterer Versicherungen beantworten zu können. Ihre Daten werden bei der Canada Life bis zum Ende des dritten Kalenderjahres nach dem Jahr der Antragstellung gespeichert.

☑ Ich willige ein, dass die Canada Life meine Gesundheitsdaten – wenn der Vertrag nicht zustande kommt – für einen Zeitraum von drei Jahren ab dem Ende des Kalenderjahres der Antragstellung zu den oben genannten Zwecken speichert und nutzt.

Antragsteller

☐ Ich, als Antragsteller, möchte Informationen über Versicherungsprodukte der Canada Life unter meinen angegebenen Kontaktdaten erhalten.

Der Kontakt kann erfolgen per:

☐ Telefon ☐ E-Mail

Eine Änderung meiner Kontaktdaten berührt meine Einwilligung nicht.

WIDERRUF DER EINWILLIGUNG ODER WIDERSPRUCH GEGEN DIE DATENVERARBEITUNG

1. Widerrufsrecht

Ihnen steht das Recht zu Ihre Einwilligung jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt.

2. Widerspruchsrecht

Sie haben das Recht, einer Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten zu Zwecken der Direktwerbung zu widersprechen.

Verarbeiten wir Ihre Daten zur Wahrung berechtigter Interessen, können Sie dieser Verarbeitung widersprechen, wenn sich aus Ihrer besonderen Situation Gründe ergeben, die gegen die Datenverarbeitung sprechen.

Ort	
Datum	
Unterschrift Antragsteller und ggf. Firmenstempel	

Ort	
Datum	
Unterschrift der ersten zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller)	

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

Ort	
Datum	
Unterschrift der zweiten zu versichernden Person (falls nicht Antragsteller)	

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

Dienstleisterliste

Anlage Dienstleisterliste zu Ziffer 3.2 der Einwilligung in die Erhebung und Verwendung von Gesundheitsdaten und Schweigepflichtentbindungserklärung. Diese Anlage betrifft die Übertragung von Aufgaben auf andere Stellen (Unternehmen oder Personen).

Die Canada Life arbeitet mit folgenden Konzerngesellschaften ihrer Unternehmensgruppe zusammen:

Name	Tätigkeitsgebiet	Land
Canada Life Assurance Europe plc	Lebensversicherer	Irland
Canada Life Management Services Limited	Servicegesellschaft	Irland
Canada Life Europe Management Services Limited	Servicegesellschaft	Irland
Canada Life Group Services Limited	Servicegesellschaft	Irland
Canada Life Irish Holding Company Limited	Holdinggesellschaft	Irland
Canada Life Europe Investment Limited	Holdinggesellschaft	Irland
Canada Life Reinsurance dac	Rückversicherer	Irland
Setanta Asset Management Limited	Kapitalanlage-Management-gesellschaft	Irland
Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland	Lebensversicherer	Deutschland
Canada Life Europe Management Services Limited, Niederlassung Deutschland	Servicegesellschaft	Deutschland
The Canada Life Assurance Company	Lebensversicherer	Kanada
Canada Life Financial Corporation	Holdinggesellschaft	Kanada
The Great-West Life Assurance Company	Lebensversicherer	Kanada
Great-West Lifeco Inc.	Holdinggesellschaft der Unternehmensgruppe	Kanada

Darüber hinaus arbeitet die Canada Life mit folgenden Stellen zusammen, die Gesundheitsdaten und/oder nach § 203 StGB geschützte Daten erheben, verarbeiten oder nutzen:

Kategorie	Tätigkeitsgebiet
Servicedienstleister	Adressaktualisierung
Servicedienstleister	Telefoninterview
Servicedienstleister	Steuerliche Meldepflichten
Servicedienstleister	Druckerei
Servicedienstleister	Lettershop
Servicedienstleister	Aktenarchivierung
Servicedienstleister	Akten-/Datenvernichtung
Servicedienstleister	Marketingagenturen
Servicedienstleister	Risikoprüfungsassistenz
Servicedienstleister	Online Risikoprüfung
Servicedienstleister	Projektberatung bAV
Servicedienstleister	Rehabilitationsdienste
Servicedienstleister	Medizinische Gutachter
Servicedienstleister	Leistungsprüfungsassistenz
Servicedienstleister	Abwicklung Zahlungsverkehr
IT-Dienstleister	Webhosting
IT-Dienstleister	Software as a Service
IT-Dienstleister	Data Storage

Canada Life Assurance Europe plc
Niederlassung für Deutschland
Hohenzollernring 72, 50672 Köln, HRB 34058, AG
Köln Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
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:
Kevin Murphy (Vorstandsvorsitzender, irisch), Sylvia Cronin (irisch),
Susan Gibson (irisch), Iris Kremers (deutsch), Rose McHugh (irisch),
Dr. Igor Radović (österreichisch)
Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung: Magnus Baumhauer (deutsch)

Ergänzende Angaben zu den Gesundheitsfragen

canada life™

FOLGENDES MÖCHTE ICH ZU DEN GESUNDHEITSFRAGEN HIER ERGÄNZEND ANGEBEN:

Bitte geben Sie die Nummer der Frage an, zu der ergänzende Angaben erfolgen sollen.

UNTERSCHRIFT DER ZU VERSICHERNDEN PERSON

Ort	
Datum	

Unterschrift der zu versichernden Person

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 16 zusätzlich der Minderjährige)

Versicherungsbedingungen

Schwere Krankheiten Vorsorge

Inhalt

§ 1 Was ist Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge? ... 1

§ 2 Welchen Versicherungsschutz können Sie vereinbaren? Welche Leistungen erbringen wir? ... 1

§ 3 Was gilt, wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz mit uns vereinbart haben? ... 2

A. Was gilt für die versicherte Person? ... 2
B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder? ... 3

§ 4 Was gilt, wenn Sie den Risiko Leben Schutz mit uns vereinbart haben? ... 3

A. Was gilt für die versicherte Person? ... 3
B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder? ... 4

§ 5 Was gilt, wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz mit uns vereinbart haben? ... 4

§ 6 Was gilt, wenn Sie den Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit mit uns vereinbart haben? ... 4

§ 7 Welche Zusatzoptionen können Sie vereinbaren und welche Leistungen können Sie hieraus beanspruchen? ... 4

§ 8 Was gilt, wenn zwei Personen versichert sind? ... 7

§ 9 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz? Welche Wartezeiten bestehen? ... 7

§ 10 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ... 8

§ 11 Welche Bedeutung haben die von uns bei Vertragsabschluss, insbesondere im Versicherungsantrag, gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten? ... 9

1 Vorvertragliche Anzeigepflicht ... 9
2 Rücktritt ... 9
3 Kündigung ... 9
4 Rückwirkende Vertragsanpassung ... 9
5 Ausübung unserer Rechte ... 9
6 Anfechtung ... 9
7 Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung ... 9
8 Erklärungsempfänger ... 10

§ 12 Müssen Sie uns eine nachträgliche Erhöhung des Risikos mitteilen? ... 10

§ 13 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten? Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? ... 10

§ 14 Können Sie die Zahlungsweise oder Beitragshöhe ändern? ... 10

§ 15 Was gilt, wenn Sie die planmäßige Erhöhung der Leistungen mit uns vereinbart haben? ... 11

§ 16 Können Sie den vereinbarten Versicherungsschutz ändern? Können Sie die Beitragshöhe ändern, ohne den Versicherungsschutz zu ändern? ... 11

§ 17 Wann können Sie Ihren Schutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)? ... 12

§ 18 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)? ... 13

§ 19 Können Sie Ihren Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen oder kündigen? Welche Rechtsfolgen hat eine Kündigung? ... 14

§ 20 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten? Mit welchen Folgen müssen Sie rechnen, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten nicht beachten? ... 14

§ 21 Verjährung ... 15

§ 22 Was ist zu beachten, wenn Leistungen erbracht werden? ... 15

§ 23 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten erhoben? Welche weiteren Kosten fallen an? ... 16

§ 24 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? ... 16

§ 25 Sind Sie an Überschüssen beteiligt? ... 16

§ 26 Anschlussoption für automatisch mitversicherte Kinder für eine eigene Schwere Krankheiten Vorsorge (Kinderanschlussoption) ... 16

§ 27 Welches Recht findet auf Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge Anwendung? ... 17

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand? ... 17

§ 29 Können die Versicherungsbedingungen oder deren Anlagen von uns angepasst werden? ... 17

§ 30 Welche Schlichtungsstelle gibt es? ... 17

ANLAGE 1
ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE
SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE
DEFINITIONEN DER VERSICHERTEN SCHWEREN KRANKHEITEN ... 18

ANLAGE 2
ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE
SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE
ERWEITERTER KRANKHEITENKATALOG ... 41

ANLAGE 3
ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE
SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE
BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE ZUSATZOPTION
BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT 48

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir im Fall der Berufsunfähigkeit?
Wann entsteht und endet der Anspruch? 48

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen? 48

§ 3 Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor? 49

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für die Zusatzoption ausgeschlossen? 50

§ 5 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung aufgrund einer Berufsunfähigkeit erhalten möchten? 51

§ 6 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? 52

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit? 52

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit? 52

§ 9 Wie ist das Verhältnis zu Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge? 52

§ 10 Keine Überschussbeteiligung 53

ANLAGE 4
ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE
SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE
BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR EINE SCHWERE KRANKHEITEN
VORSORGE GEGEN EINMALBEITRAG 54

§ 1 Zusatzoptionen 54

§ 2 Erhöhung der versicherten Leistungen 54

§ 3 Reduzierung der versicherten Leistungen 54

§ 4 Zusätzlicher Einmalbeitrag bei Ausübung der Verlängerungsoption 54

§ 5 Kündigung 54

Versicherungsbedingungen

für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life

Die Anlagen 1–4 sind Teil dieser Versicherungsbedingungen.

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen innerhalb dieser Versicherungsbedingungen (sowie in unseren vorvertraglichen Informations- und Vertragsunterlagen) gelten für alle Personen unabhängig von ihrem Geschlecht.

Querverweise beziehen sich auf diese Versicherungsbedingungen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge. Querverweise, die sich auf Anlagen beziehen, sind entsprechend kenntlich gemacht. Verweise auf Gesetze basieren auf der jeweils am 01.05.2020 geltenden Fassung.

§ 1 Was ist Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge?

1

Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge ist eine Risiko-Lebensversicherung. Sie bietet eine Absicherung, wenn bei der versicherten Person während der vereinbarten Versicherungsdauer eine schwere Krankheit im Sinne der Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – zu diesen Versicherungsbedingungen eintritt oder wenn die versicherte Person während der vereinbarten Versicherungsdauer verstirbt.

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum vom Beginn des Versicherungsschutzes (§ 9 Absatz 1) bis zum Ende des Versicherungsschutzes (§ 9 Absatz 3). Die vereinbarte Versicherungsdauer, mit deren Ablauf Ihr Versicherungsschutz spätestens endet, ist in Ihrem Versicherungsschein angegeben.

Die Beitragszahlungsdauer entspricht der Versicherungsdauer.

2

Es können bis zu vier Zusatzoptionen gemäß § 7 vereinbart werden. Der Versicherungsschutz aus einer Zusatzoption kann in bestimmten Fällen auch vor dem Ablauf der für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge vereinbarten Versicherungsdauer enden.

In Ihrem Versicherungsschein ist angegeben, ob eine Zusatzoption nach § 7 vereinbart wurde.

3

Versicherte Person ist die Person, auf deren Leben bzw. Gesundheit die Versicherung abgeschlossen ist. Es können eine oder zwei Personen versichert werden. Wenn zwei Personen versichert werden, kann für jede versicherte Person ein gesonderter Versicherungsschutz mit individuell versicherten Leistungen vereinbart werden.

Die versicherte Person ist im Versicherungsschein angegeben. Eine versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein. Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

4

Die Versicherungsleistungen und der zu zahlende Beitrag bleiben während der Versicherungsdauer grundsätzlich gleich, sofern sich aus diesen Versicherungsbedingungen und den mit Ihnen getroffenen Vereinbarungen (z. B. bei vereinbarten planmäßigen Erhöhungen der Leistungen) nichts anderes ergibt.

5

Fälle, in denen der Versicherungsschutz ausgeschlossen ist, sind in § 10 geregelt.

Diese Ausschlüsse gelten auch für vereinbarte Zusatzoptionen. Für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gelten darüber hinaus gesonderte Ausschlüsse (siehe § 4 der Anlage 3 – Besondere Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit).

Daneben bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Krankheiten, die unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit in Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – und, soweit vereinbart, in Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – aufgeführt sind.

Aus Ihrem Versicherungsschein können sich weitere Ausschlüsse ergeben.

6

Für bestimmte Krankheiten bestehen nach § 3 A Absatz 2 bzw. bei Vereinbarung der Zusatzoption Erweiterter Krankheitenkatalog nach § 7 Absatz 1 a) Wartezeiten bis zum Beginn des Versicherungsschutzes.

§ 2 Welchen Versicherungsschutz können Sie vereinbaren? Welche Leistungen erbringen wir?

1

Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben. Bei Antragstellung können Sie sich für eine der folgenden Möglichkeiten entscheiden:

a) Schwere Krankheiten Schutz mit Todesfallschutz (§ 3)

b) Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei einer Lebenserwartung von unter 12 Monaten (§ 4)

c) Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz (§ 5)

d) Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit (§ 6)

Kinder der versicherten Person sind bei allen vier Optionen automatisch mitversichert. Den Umfang der Mitversicherung von Kindern können Sie der jeweiligen Regelung zu den einzelnen Optionen entnehmen.

2

Sie können gemäß § 7 die folgenden Zusatzoptionen in Verbindung mit einer der in Absatz 1 beschriebenen Möglichkeiten vereinbaren:

a) Erweiterter Krankheitenkatalog,

b) Multi-Pay-Option,

c) Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit und/oder

d) Erwerbsunfähigkeitsschutz.

Die Zusatzoptionen Erweiterter Krankheitenkatalog, Multi-Pay-Option sowie Erwerbsunfähigkeitsschutz können Sie nicht wählen, wenn Sie nur den Risiko Leben Schutz gemäß Absatz 1 b) mit uns vereinbart haben.

3

Sie können sowohl bei Antragstellung als auch während der Versicherungsdauer eine planmäßige Erhöhung der versicherten Leistungen nach § 15 vereinbaren.

4

Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nichts Abweichendes vereinbart ist, belaufen sich die vereinbarte Versicherungsleistung für schwere Krankheiten auf die in Ihrem Versicherungsschein angegebene versicherte Leistung für schwere Krankheiten und die vereinbarte Leistung für den Todesfall auf die in Ihrem Versicherungsschein angegebene versicherte Todesfallleistung. Im Fall einer vereinbarten planmäßigen Erhöhung der Leistungen, der Inanspruchnahme der Nachversicherungsgarantie oder einer sonstigen Änderung des Versicherungsschutzes erhalten Sie von uns einen Nachtrag zu Ihrem Versicherungsschein mit den dann gültigen Versicherungsleistungen und dem neu berechneten Beitrag.

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

A. Was gilt für die versicherte Person?

Wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz nach § 2 Absatz 1 a) mit uns vereinbart haben, gilt Folgendes:

1

Wenn bei einer versicherten Person während der Versicherungsdauer eine bestimmte schwere Krankheit gemäß Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – eingetreten ist, erbringen wir die vereinbarte Versicherungsleistung für schwere Krankheiten ab dem 15. Tag, nachdem ein qualifizierter Arzt im Sinne von § 20 Absatz 11 die schwere Krankheit zweifelsfrei festgestellt hat. Wird in Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – der Bericht eines bestimmten Arztes als Nachweis verlangt, muss die Feststellung der bestimmten schweren Krankheit durch diesen erfolgt sein. Stirbt die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung der schweren Krankheit, zahlen wir die versicherte Todesfallleistung anstelle der Versicherungsleistung für schwere Krankheiten.

Die versicherten schweren Krankheiten und die wesentlichen Unterlagen, die zum Nachweis ihres Eintritts bei uns eingereicht werden müssen, sind in Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – zu den Versicherungsbedingungen definiert. Um einen Leistungsfall prüfen zu können, kann die Einreichung weiterer Unterlagen erforderlich sein (siehe § 20).

2

Für folgende der in Anlage 1 aufgeführten Krankheiten bestehen Wartezeiten bis zum Beginn des Versicherungsschutzes, jeweils ab dem nach § 9 Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt:

– Für die Krankheit „Krebs“ besteht eine Wartezeit von 6 Monaten und

– für die Krankheit „Bypass-Operation der Herzkranzgefäße“ besteht eine Wartezeit von 3 Monaten.

Falls Sie die versicherte Leistung für schwere Krankheiten während der Versicherungsdauer gemäß § 16 erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Für einen Versicherungsfall, der vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist, wird nicht geleistet.

3

Wenn im Rahmen eines Versicherungsfalls zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit gemäß Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – vorliegt, erbringen wir die Versicherungsleistung für schwere Krankheiten nur einmal.

4

Bis zum 14. Geburtstag einer versicherten Person ist die versicherte Leistung für schwere Krankheiten auf maximal 150.000 Euro begrenzt. Es ist aber bei Vertragsabschluss möglich, für Kinder vor deren 14. Geburtstag auch eine höhere Versicherungsleistung für schwere Krankheiten zu beantragen. Dies erspart eine spätere erneute Gesundheitsprüfung nach dem 14. Geburtstag der versicherten Person. Die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss erfolgt für die gewählte höhere Versicherungsleistung für schwere Krankheiten und der entsprechende Beitrag wird von Vertragsbeginn an erhoben. Im Versicherungsfall vor dem 14. Geburtstag des versicherten Kindes gilt jedoch der oben genannte maximale Auszahlungsbetrag in Höhe von 150.000 Euro. Wenn Sie erst nach Vertragsabschluss eine Erhöhung der Versicherungsleistung auf über 150.000 Euro wünschen, hängt dies von unserer erneuten Risikoprüfung ab.

5

Für die versicherte schwere Krankheit Multiple Sklerose besteht unter den in Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – festgelegten Voraussetzungen ein Anspruch auf eine einmalige Teilzahlung der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

Wenn wir eine Teilzahlung erbracht haben, verringert sich die versicherte Leistung für schwere Krankheiten um den Betrag dieser Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf diese versicherte schwere Krankheit. Der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen. Die Beitragshöhe sowie die Höhe der versicherten Todesfallleistung ändern sich nicht durch die Teilzahlung.

6

Stirbt die versicherte Person während der Versicherungsdauer, zahlen wir die versicherte Todesfallleistung.

7

Der Schwere Krankheiten Schutz einschließlich des Todesfallschutzes für die versicherte Person endet, wenn eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach Absatz 1 zu erbringen haben, sofern in diesen Versicherungsbedingungen nichts Abweichendes vorgesehen ist.

Dies gilt auch, wenn die Zusatzoption Erwerbsunfähigkeitsschutz vereinbart ist und wir für diese die vereinbarte versicherte Leistung für schwere Krankheiten geleistet haben.

Der Versicherungsschutz endet aber nicht, wenn ein Anspruch auf eine Versicherungsleistung für schwere Krankheiten aus dem nach § 7 Absatz 1 a) als Zusatzoption vereinbarten Erweiterten Krankheitenkatalog entstanden ist, sondern besteht insoweit unverändert fort.

Der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten endet auch nicht, sondern bleibt in einem reduzierten Umfang bestehen, wenn bei Eintritt einer schweren Krankheit ein Anspruch auf eine Teilzahlung der Versicherungsleistung für schwere Krankheiten besteht oder Sie die Multi-Pay-Option als Zusatzoption vereinbart haben und wir einen ersten Versicherungsfall für eine schwere Krankheit gemäß Absatz 1 oder einen Versicherungsfall aus der Zusatzoption Erwerbsunfähigkeitsschutz anerkannt haben. In diesem Fall besteht auch der Versicherungsschutz im Todesfall unverändert fort.

Der Schwere Krankheiten Schutz einschließlich des Todesfallschutzes endet mit dem Tod der versicherten Person sowie in den weiteren in § 9 Absatz 3 aufgeführten Fällen.

B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

1

Die leiblichen und adoptierten Kinder sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners oder Lebenspartners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft – LPartG) der versicherten Person (automatisch mitversicherte Kinder) sind ab dem 30. Tag nach der Geburt bis zum 18. Geburtstag nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen gegen versicherte schwere Krankheiten gemäß Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – mitversichert. Solange die automatisch mitversicherten Kinder im Haushalt der versicherten Person leben und die Voraussetzungen des § 32 Abs. 4 und 5 Einkommensteuergesetz (EStG) vorliegen, besteht der Versicherungsschutz auch über den 18. Geburtstag des jeweiligen automatisch mitversicherten Kindes hinaus, längstens jedoch bis zu seinem 25. Geburtstag.

2

Wenn bei einem automatisch mitversicherten Kind eine schwere Krankheit gemäß Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – eintritt, solange nach Absatz 1 der Versicherungsschutz für das automatisch mitversicherte Kind besteht, erbringen wir die in Absatz 3 vereinbarte versicherte Leistung ab dem 15. Tag, nachdem ein qualifizierter Arzt im Sinne von § 20 Absatz 11 die schwere Krankheit zweifelsfrei festgestellt hat. Es besteht aber kein Schutz für die versicherte schwere Krankheit „Abhängigkeit von einer dritten Person“ und es wird auch keine Todesfallleistung geschuldet, wenn das automatisch mitversicherte Kind innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung der schweren Krankheit stirbt. Wenn zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit für ein automatisch mitversichertes Kind vorliegt, erbringen wir nur eine Zahlung. Im Übrigen gelten § 3 A Absätze 1, 2 und 5 entsprechend.

3

Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von

– 50 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, gemäß Abschnitt A versicherten Leistung für schwere Krankheiten oder

– 35.000 Euro.

Bei einem Anspruch auf Teilzahlung für die versicherte Krankheit Multiple Sklerose ist die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind der geringere Betrag von

– 25 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, gemäß Abschnitt A versicherten Leistung für schwere Krankheiten oder

– 50 % der jeweiligen für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, gültigen Höhe der Teilzahlung.

4

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 werden, maximal 50 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, gemäß Abschnitt A versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

5

Wenn wir eine Teilzahlung für die versicherte schwere Krankheit Multiple Sklerose erbracht haben, verringert sich die nach diesem Abschnitt B Absatz 3 Satz 1 versicherte Leistung um diese Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf diese versicherte schwere Krankheit. Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen.

6

Eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind hat keinen Einfluss auf den Umfang der versicherten Leistung für schwere Krankheiten der versicherten Person. Der für die versicherte Person bestehende Versicherungsschutz verringert sich durch eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind folglich nicht.

7

Es gelten sämtliche in § 10 und gegebenenfalls in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse, wobei insbesondere auf die zusätzlichen Ausschlüsse für automatisch mitversicherte Kinder nach § 10 Absatz 4 hingewiesen wird.

8

Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind endet,

a) wenn bei dem automatisch mitversicherten Kind eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach diesem Abschnitt B Absatz 3 Satz 1 zu erbringen haben, aber nicht, wenn nur ein Anspruch auf eine Teilzahlung oder ein Anspruch auf eine Leistung aus der Zusatzoption Erweiterter Krankheitenkatalog besteht, oder

b) mit dem Ende des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, in den in § 9 Absatz 3 aufgeführten Fällen. Sind beide Elternteile versichert, kommt es auf die versicherte Person an, bei der der Schwere Krankheiten Schutz länger besteht.

9

Es besteht kein Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder im Rahmen des Schwere Krankheiten Schutzes.

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

A. Was gilt für die versicherte Person?

Wenn Sie den Risiko Leben Schutz nach § 2 Absatz 1 b) mit uns vereinbart haben, gilt Folgendes:

1

Wir zahlen bei Tod der versicherten Person während der Versicherungsdauer die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Todesfallleistung.

Bis zum 7. Geburtstag der versicherten Person ist die Todesfallleistung auf 8.000 Euro begrenzt. In dem Zeitraum zwischen dem 7. Geburtstag und dem 14. Geburtstag der versicherten Person ist die Todesfallleistung auf maximal 100.000 Euro begrenzt.

2

Wenn vor dem Tod der versicherten Person durch ärztliche Atteste zweier voneinander unabhängig praktizierender qualifizierter Ärzte (§ 20) nachgewiesen wird, dass aufgrund einer fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Krankheit oder Verletzung die Lebenserwartung der versicherten Person weniger als 12 Monate beträgt, zahlen wir die zum Zeitpunkt der Erstellung des zweiten Attestes versicherte Todesfallleistung als vorgezogene Todesfallleistung.

3

Der Risiko Leben Schutz endet mit dem Tod der versicherten Person sowie in den weiteren in § 9 Absatz 3 aufgeführten Fällen.

B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

1

Die leiblichen und adoptierten Kinder sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners oder Lebenspartners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft – LPartG) einer versicherten Person (automatisch mitversicherte Kinder) sind ab dem Ende ihres dritten Lebensmonats bis zum 18. Geburtstag nach Maßgabe der folgenden Bestimmungen für den Todesfall mitversichert. Solange die automatisch mitversicherten Kinder im Haushalt der versicherten Person leben und die Voraussetzungen des § 32 Abs. 4 und 5 Einkommensteuergesetz (EStG) vorliegen, besteht der Versicherungsschutz auch über den 18. Geburtstag des jeweiligen automatisch mitversicherten Kindes hinaus, längstens jedoch bis zu seinem 25. Geburtstag. Bei Tod eines nach den vorstehenden Bestimmungen automatisch mitversicherten Kindes erbringen wir die in Absatz 2 versicherte Leistung.

Es besteht aber kein Anspruch auf eine vorgezogene Todesfallleistung nach Abschnitt A Absatz 2. Im Übrigen gilt Abschnitt A Absatz 1 entsprechend.

2

Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von

a) 50 % der gesamten für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, in diesem Versicherungsvertrag versicherten Todesfallleistung oder

b) 4.000 Euro.

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 werden, maximal 50 % der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die versicherten Personen, soweit sie Eltern der automatisch mitversicherten Kinder sind, gemäß Abschnitt A versicherten Todesfallleistung.

4

Eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind hat keinen Einfluss auf den Umfang der versicherten Todesfallleistung für die versicherte Person. Der für die versicherte Person bestehende Versicherungsschutz verringert sich durch eine Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind folglich nicht.

5

Es gelten sämtliche in § 10 und gegebenenfalls in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse, wobei insbesondere auf die zusätzlichen Ausschlüsse für automatisch mitversicherte Kinder nach § 10 Absatz 4 hingewiesen wird.

6

Der Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder endet mit dem Ende des Risiko Leben Schutzes für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, in den in § 9 Absatz 3 aufgeführten Fällen. Sind beide Elternteile versichert, kommt es auf die versicherte Person an, bei der der Schwere Krankheiten Schutz länger besteht.

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

Wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz nach § 2 Absatz 1 c) mit uns vereinbart haben, gilt Folgendes:

1

Es finden grundsätzlich § 3 auf den Schwere Krankheiten Schutz und § 4 auf den Risiko Leben Schutz in vollem Umfang Anwendung. Abweichungen hiervon sind in dem nachstehenden Absatz 2 beschrieben.

2

Bei Vorliegen einer versicherten schweren Krankheit oder eines Anspruchs auf Teilzahlung gemäß Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – bleibt der Risiko Leben Schutz unverändert bestehen.

Der Anspruch auf die versicherte Todesfallleistung besteht jedoch nur im Rahmen des Risiko Leben Schutzes nach § 4. § 3 A Absatz 6 findet keine Anwendung.

§ 6 Was gilt, wenn Sie den Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit mit uns vereinbart haben?

Wenn Sie den Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit nach § 2 Absatz 1 d) mit uns vereinbart haben, gilt Folgendes:

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 gemäß Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – verringert sich die versicherte Todesfallleistung um die zu zahlende versicherte Leistung für schwere Krankheiten. Dies gilt jedoch nicht bei einer Teilzahlung für die versicherte schwere Krankheit Multiple Sklerose oder bei einer Leistung für automatisch mitversicherte Kinder.

3

Der Schwere Krankheiten Schutz entfällt, wenn wir eine vorgezogene Todesfallleistung nach § 4 A Absatz 2 zu erbringen haben.

4

Sollte die Todesfallleistung 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 Welche Zusatzoptionen können Sie vereinbaren und welche Leistungen können Sie hieraus beanspruchen?

1

Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge bietet die Möglichkeit, bei Antragstellung die nachfolgend beschriebenen Zusatzoptionen zu vereinbaren. Bei den einzelnen Optionen handelt es sich nicht um selbstständige Zusatzversicherungen, sondern um unselbstständige Teile Ihres Vertrags.

a) Erweiterter Krankheitenkatalog

Wenn Sie den Erweiterten Krankheitenkatalog als Zusatzoption eingeschlossen haben, gilt Folgendes:

Wenn bei einer versicherten Person während der Versicherungsdauer eine bestimmte, in dem Erweiterten Krankheitenkatalog definierte schwere Krankheit eingetreten ist, erbringen wir die diesbezüglich versicherte Leistung ab dem 15. Tag, nachdem ein qualifizierter Arzt im Sinne von § 20 Absatz 11 die schwere Krankheit zweifelsfrei festgestellt hat. Wird in Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – der Bericht eines bestimmten Arztes als Nachweis verlangt, muss die Feststellung der bestimmten schweren Krankheit durch diesen erfolgt sein. Stirbt die versicherte Person innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung der schweren Krankheit, zahlen wir die versicherte Todesfallleistung anstelle der Versicherungsleistung für schwere Krankheiten aus dem Erweiterten Krankheitenkatalog.

Die im Rahmen dieser Zusatzoption zusätzlich versicherten schweren Krankheiten und die wesentlichen Unterlagen, die zum Nachweis ihres Eintritts bei uns eingereicht werden müssen, sind in Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – zu den Versicherungsbedingungen definiert. Um einen Leistungsfall prüfen zu können, kann die Einreichung weiterer Unterlagen erforderlich sein (§ 20).

Die versicherte Leistung für eine Krankheit aus dem Erweiterten Krankheitenkatalog ist der geringere Betrag von

a) der versicherten Leistung für schwere Krankheiten oder

b) 25.000 Euro.

Für folgende der in Anlage 2 aufgeführten Krankheiten bestehen Wartezeiten bis zum Beginn des Versicherungsschutzes, jeweils ab dem nach § 9 Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt:

– Für die Krankheiten „Angioplastie am Herzen“ und „Transkatheter Aortenklappenimplantation“ besteht eine Wartezeit von 3 Monaten und

– für die Krankheiten „Ösophaguskarzinom in situ“, „Andere niedrig maligne Karzinome“, „Duktales Mammakarzinom in situ (DCIS)“ und „Niedrigrisiko Prostatakrebs“ besteht eine Wartezeit von 6 Monaten.

Für einen Versicherungsfall, der vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist, wird nicht geleistet.

Wenn im Rahmen eines Versicherungsfalls zugleich mehr als eine über den Erweiterten Krankheitenkatalog versicherte schwere Krankheit vorliegt, erbringen wir nur eine Zahlung.

Wenn wir einen Versicherungsfall aus dem Erweiterten Krankheitenkatalog anerkannt und eine Leistung erbracht haben, endet der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzoption. Ansonsten bleibt der für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge vereinbarte Versicherungsschutz unverändert bestehen.

Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

Automatisch mitversicherte Kinder einer versicherten Person im Sinne von § 3 B Absatz 1 sind gegen die in Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – aufgeführten Krankheiten mitversichert, sofern diese Zusatzoption für die versicherte Person vereinbart wurde. Wenn bei einem automatisch mitversicherten Kind eine schwere Krankheit gemäß Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – eintritt, solange der Versicherungsschutz für das automatisch mitversicherte Kinder besteht, erbringen wir die nachstehend vereinbarte, versicherte Leistung ab dem 15. Tag, nachdem ein qualifizierter Arzt im Sinne von § 20 Absatz 11 die schwere Krankheit zweifelsfrei festgestellt hat. Wird in Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – der Bericht eines bestimmten Arztes als Nachweis verlangt, muss die Feststellung der bestimmten schweren Krankheit durch diesen erfolgt sein.

Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist dabei der geringere Betrag von

– 50 % der jeweiligen für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind, gültigen Höhe der versicherten Leistung aus dem Erweiterten Krankheitenkatalog oder

– 12.500 Euro.

Die Beschränkungen des § 3 B Absatz 4 sind auch hier zu beachten.

Für ein automatisch mitversichertes Kind endet der Versicherungsschutz aus dem Erweiterten Krankheitenkatalog,

– wenn bei dem automatisch mitversicherten Kind eine über den Erweiterten Krankheitenkatalog versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung zu erbringen haben, oder

– mit dem Ende des Versicherungsschutzes aus dieser Zusatzoption für die versicherten Personen, soweit sie Eltern des automatisch mitversicherten Kindes sind. Sind beide Elternteile aus dieser Zusatzoption versichert, kommt es auf die versicherte Person an, bei der der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzoption länger besteht.

Verhältnis zur Leistung für eine versicherte schwere Krankheit nach § 3

Wenn im Rahmen eines Versicherungsfalls bzw. aufgrund eines Ereignisses die Definition einer der in Anlage 1 aufgeführten versicherten schweren Krankheiten und zugleich die Definition einer versicherten schweren Krankheit aus dem Erweiterten Krankheitenkatalog der Anlage 2 erfüllt ist, besteht nur ein Anspruch auf eine Leistung nach § 3.

b) Multi-Pay-Option

Sie können die Multi-Pay-Option als Zusatzoption vereinbaren. Dann gilt Folgendes:

Die gemäß § 3 A in Verbindung mit Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – sind in sechs Gruppen von Erkrankungen unterteilt:

– Gruppe 1: Organversagen

– Gruppe 2: Zentrales Nervensystem

– Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System

– Gruppe 4: Entzündungen

– Gruppe 5: Tumore

– Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

Abweichend zu § 3 A Absatz 7 endet der Schwere Krankheiten Schutz einschließlich des Todesfallschutzes für die versicherte Person in den nachfolgend beschriebenen Fällen nicht, wenn eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach § 3 A Absatz 1 zu erbringen haben.

– Bei einem ersten Versicherungsfall für eine schwere Krankheit aus den Gruppen 1 bis 5, für den wir einen Leistungsanspruch anerkennen, endet der Versicherungsschutz lediglich für die schweren Krankheiten aus der jeweiligen Gruppe, für die wir die Leistung erbracht haben.

  Der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten aus den verbleibenden Gruppen (inklusive Gruppe 6) bleibt in Höhe von 50 % der vereinbarten versicherten Leistung für schwere Krankheiten bestehen. Die Höhe der vereinbarten Todesfallleistung ändert sich nicht, wenn nur der schwere Krankheiten Schutz gemäß §3 oder der Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz gemäß §5 vereinbart wurde. Wurde der Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit gemäß §6 vereinbart, reduziert sich die Todesfallleistung um den gleichen Eurobetrag, wie die versicherte Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit. Der Beitrag wird zur nächsten Prämienfälligkeit, nachdem wir den Versicherungsfall anerkannt haben, nach Maßgabe des auf die verbleibende Versicherungsleistung entfallenden Beitragsanteils reduziert.

  Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls für eine schwere Krankheit aus einer der verbleibenden Gruppen, für den wir einen Leistungsanspruch anerkennen, endet der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten.

– Wenn der erste Versicherungsfall für eine schwere Krankheit, für den wir einen Leistungsanspruch anerkennen, zu einer schweren Krankheit aus Gruppe 6 oder aufgrund eines Unfalles eingetreten ist, endet der Versicherungsschutz lediglich für die schwere Krankheit, für die wir die Leistung erbracht haben. Ein Unfall liegt vor, wenn die versicherte Person durch ein plötzlich von außen auf ihren Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung erleidet.

  In beiden Fällen bleibt der Versicherungsschutz für die übrigen schweren Krankheiten aus allen Gruppen 1 bis 6 in Höhe von 50 % der vereinbarten versicherten Leistung für schwere Krankheiten bestehen. Die Höhe der vereinbarten Todesfallleistung ändert sich nicht, wenn nur der schwere Krankheiten Schutz gemäß §3 oder der Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz gemäß §5 vereinbart wurde. Wurde der Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit gemäß §6 vereinbart, reduziert sich die Todesfallleistung um den gleichen Eurobetrag, wie die versicherte Leistung bei Eintritt einer schweren Krankheit. Der Beitrag wird zur nächsten Prämienfälligkeit, nachdem wir den Versicherungsfall anerkannt haben, nach Maßgabe des auf die verbleibende Versicherungsleistung entfallenden Beitragsanteils reduziert.

  Bei Eintritt eines weiteren Versicherungsfalls für eine schwere Krankheit, für den wir einen Leistungsanspruch anerkennen, endet der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten.

Wenn wir einen zweiten Versicherungsfall anerkannt haben und Sie einen Versicherungsschutz gemäß § 3 mit uns vereinbart haben, endet in diesem Fall auch der Todesfallschutz. Dies gilt auch, wenn Sie einen Versicherungsschutz gemäß § 6 mit uns vereinbart haben und die versicherte Todesfallleistung geringer ist als die versicherte Leistung für schwere Krankheiten. Wenn Sie einen Versicherungsschutz gemäß § 5 mit uns vereinbart haben, bleibt die versicherte Todesfallleistung jedoch unverändert bestehen.

Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Versicherungsschutz aus der Multi-Pay-Option.

c) Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit

Art und Umfang des Versicherungsschutzes für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit sind in Anlage 3 – Besondere Bedingungen für die Zusatzoptionen Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit – geregelt.

Für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gelten gesonderte Ausschlüsse. Diese sind in § 4 der Anlage 3 – Besondere Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit – aufgeführt.

Der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit endet spätestens zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihren 67. Geburtstag erreicht und keine Verlängerung des Versicherungsschutzes nach § 18 Absatz 3 erfolgt ist.

Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

d) Erwerbsunfähigkeitsschutz

Erwerbsunfähigkeit einer versicherten Person im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn

– die versicherte Person vor Vollendung des 67. Lebensjahres infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage war, mehr als 3 Stunden täglich einer beliebigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, und

– für mindestens 18 weitere Monate nach gesicherter ärztlicher Diagnose keine Besserung des Zustandes zu erwarten ist.

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

Der Leistungsanspruch besteht auch, wenn eine gesicherte ärztliche Prognose nicht gestellt werden kann und der Zustand der beschriebenen Erwerbsunfähigkeit 2 Jahre ununterbrochen bestanden hat und andauert.

Die Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt als eine versicherte schwere Krankheit. § 3 A, § 5 bzw. § 6 sind entsprechend anwendbar.

Wenn wir einen Versicherungsfall aus dem Erwerbunfähigkeitsschutz anerkannt und eine Leistung erbracht haben, endet der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzoption sowie der Versicherungsschutz für schwere Krankheiten nach § 3 A.

Der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Erwerbsunfähigkeitsschutz endet darüber hinaus

– zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihren 67. Geburtstag erreicht und keine Verlängerung des Versicherungsschutzes nach § 18 Absatz 3 erfolgt ist, oder

– bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person.

Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Erwerbsunfähigkeitsschutz.

2

Eine einmal vereinbarte Zusatzoption kann während der Versicherungsdauer auch wieder ausgeschlossen werden, sofern noch kein Versicherungsfall dazu eingetreten ist. Der Beitrag wird in diesem Fall zur nächsten Beitragsfälligkeit reduziert.

3

Der Versicherungsschutz aus einer vereinbarten Zusatzoption endet in den im Rahmen der jeweiligen Zusatzoption beschriebenen Fällen. Darüber hinaus endet der Versicherungsschutz aus einer Zusatzoption in jedem Fall mit der Beendigung Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge in den in § 9 Absatz 3 genannten Fällen.

§ 8 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.

2

Es besteht aber für jede versicherte Person ein gesonderter Versicherungsschutz und ein Anspruch auf Leistung im Versicherungsfall. Wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person eintritt, verringert sich der Versicherungsschutz für die andere versicherte Person dadurch nicht. Auch wenn nach einem Versicherungsfall der Versicherungsschutz für eine versicherte Person vollständig endet, bleibt der Versicherungsvertrag weiterhin mit der verbleibenden versicherten Person bestehen und der Beitrag wird nach Maßgabe des auf die verbleibende Versicherungsleistung entfallenden Beitragsanteils reduziert.

3

Es gelten aber folgende Besonderheiten:

a) Wenn die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 7 Absatz 1 c) vereinbart wird, besteht der entsprechende Versicherungsschutz nur für die erste versicherte Person. In Ihrem Versicherungsschein ist angegeben, wer erste versicherte Person ist. Auch wenn der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit für die erste versicherte Person endet, besteht kein Versicherungsschutz aus dieser Zusatzoption für die verbleibende versicherte Person.

b) Wenn die planmäßige Erhöhung der Leistungen gemäß § 15 vereinbart wird, endet die planmäßige Erhöhung mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die ältere versicherte Person ihr 66. Lebensjahr vollendet.

4

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

§ 9 Wann beginnt und endet Ihr Versicherungsschutz? Welche Wartezeiten bestehen?

1

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Der Versicherungsschutz beginnt zu dem genannten Zeitpunkt allerdings nur dann, wenn Sie den ersten Beitrag (Einlösungsbeitrag) im Sinne von § 13 Absatz 1 rechtzeitig gezahlt haben. Wenn Sie den Beitrag nicht im Sinne von § 13 Absatz 1 rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz frühestens zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag gezahlt haben.

2

Für bestimmte schwere Krankheiten setzt der Versicherungsschutz abweichend von Absatz 1 erst nach Ablauf einer Wartezeit ein, die sich je nach Krankheit auf 3 oder 6 Monate beläuft. Für welche schweren Krankheiten eine Wartezeit gilt und wie lange diese dauert, ergibt sich aus § 3 A Absatz 2 bzw. bei Vereinbarung der Zusatzoption Erweiterter Krankheitenkatalog aus § 7 Absatz 1 a). Die jeweilige Wartezeit beginnt an dem Tag, an dem der Versicherungsschutz nach Absatz 1 für schwere Krankheiten ohne Wartezeit beginnt.

Für einen Versicherungsfall, der vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist, besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung. Falls Sie die versicherte Leistung für schwere Krankheiten erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Für den vor der Erhöhung bestehenden Versicherungsschutz gilt die erneute Wartezeit nicht.

3

Ihr Versicherungsschutz endet in den in diesen Versicherungsbedingungen in den §§ 3 und 4 gesondert geregelten Fällen sowie in jedem Fall bei Beendigung des Versicherungsvertrags.

Ihr Versicherungsschutz endet darüber hinaus, wenn

a) der Versicherungsfall eingetreten ist, wir die versicherte Leistung gezahlt haben und kein weiterer Versicherungsschutz vereinbart ist,

b) bei Kündigung des Vertrags,

c) Sie oder wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten oder ihn anfechten (in diesen Fällen entfällt der Versicherungsschutz gegebenenfalls sogar rückwirkend, siehe § 11),

d) zum Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer oder

e) mit dem Tod der versicherten Person.

Wenn zwei Personen versichert sind, endet der Versicherungsschutz in den Fällen a) und e) nur für die jeweilige versicherte Person.

Mit dem Ende des Versicherungsschutzes endet auch der Versicherungsschutz aus gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoptionen. Der Versicherungsschutz aus einer Zusatzoption kann in bestimmten Fällen auch vor dem Ablauf der für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge vereinbarten Versicherungsdauer enden. Dies ist im Rahmen der Regelungen für die einzelnen Zusatzoptionen in § 7 Absatz 1 beschrieben.

4

Endet Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge infolge einer Kündigung nach § 13 Absatz 3, können Sie innerhalb von 6 Monaten nach Beendigung des Vertrags verlangen, dass Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge ohne Durchführung einer erneuten Risikoprüfung zu den Konditionen wieder in Kraft gesetzt wird, die vor der Vertragsbeendigung bestanden haben.

Dies gilt jedoch nicht, wenn wir Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge wegen einer Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht kündigen (siehe § 11 Absatz 3).

Voraussetzungen für eine Wiederinkraftsetzung des Vertrags sind, dass

– bei der versicherten Person zum Zeitpunkt der Beantragung kein Versicherungsfall im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen vorliegt und
– Sie alle seit dem Zeitpunkt der Vertragsaufhebung ausstehenden und fälligen Beiträge nachzahlen und

– der Vertrag vor Ihrer Kündigung bereits ein Jahr bestanden hat.

In allen anderen Fällen können Sie eine Wiederinkraftsetzung des Vertrags beantragen, über die wir dann entscheiden werden. In diesem Fall ist eine erneute Gesundheitsprüfung erforderlich. Der Versicherungsschutz für die versicherten Leistungen beginnt erneut mit dem Datum der Wiederinkraftsetzung. Ein Leistungsfall, der in dem Zeitraum zwischen der Vertragsbeendigung durch Kündigung und dem erneuten Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten ist, ist nicht versichert.

Wird der Versicherungsvertrag nach einer erfolgten Gesundheitsprüfung wieder in Kraft gesetzt, beginnen die Wartezeiten gemäß § 3 A Absatz 2 bzw. bei Vereinbarung der Zusatzoption Erweiterter Krankheitenkatalog gemäß § 7 Absatz 1 a) ab dem Datum der Wiederinkraftsetzung erneut.

§ 10 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1

Grundsätzlich leisten wir für Versicherungsfälle, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir gewähren Versicherungsschutz auch dann, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen eingetreten ist. Innere Unruhen sind gegeben, wenn zahlenmäßig nicht unerhebliche Teile der Bevölkerung in einer die öffentliche Ruhe und Ordnung störenden Weise in Bewegung geraten und Gewalt gegen Personen oder Sachen verüben.

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 3 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 – Versicherte schwere Krankheiten – 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 entfällt, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit Kriegsereignissen verursacht wird. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wird, denen sie bzw. es während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie bzw. es nicht aktiv beteiligt war.

Außerdem werden wir leisten, wenn die versicherte schwere Krankheit während eines Aufenthalts außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat.

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

Für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gelten gesonderte Ausschlüsse. Diese sind in § 4 der Anlage 3 – Besondere Bedingungen für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit – aufgeführt.

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 – Versicherte schwere Krankheiten – bzw. Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – zu diesen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

§ 11 Welche Bedeutung haben die von uns bei Vertragsabschluss, insbesondere im Versicherungsantrag, gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

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 Antragserklärung, 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 Rücktritt

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 ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

c) Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Vertragslaufzeit vor Wirksamwerden des Rücktritts gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen.

3 Kündigung

a) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat 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 Rückwirkende Vertragsanpassung

a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zu einer rückwirkenden Beitragserhöhung oder zu einem rückwirkenden Ausschluss der Gefahrabsicherung für den nicht angezeigten Umstand und insoweit 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 Ausübung unserer Rechte

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 5 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.

6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeentscheidung Einfluss genommen worden ist (sogenannte arglistige Täuschung). 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 Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

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

8 Erklärungsempfänger

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.

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

Sie sind nicht dazu verpflichtet, uns eine 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 Vertragsänderungen).

Die Anzeigepflicht gemäß § 10 Absatz 5 bleibt jedoch davon unberührt.

§ 13 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.

Ihre Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Sofern Sie uns ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt haben, werden wir die jeweils fälligen Beiträge nach der Vertragsannahme einziehen.

2

Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange 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.

3

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.

4

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.

5

Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bis zur Feststellung des Versicherungsfalls (§ 20 Absatz 10) entrichten, es sei denn, wir haben die Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit, falls vereinbart, für Sie übernommen.

6

Nach Feststellung des Versicherungsfalls besteht die Beitragszahlungspflicht nur, wenn danach weiterer Schutz besteht und wir nicht die Beitragszahlungspflicht wegen Berufsunfähigkeit, falls vereinbart, für Sie übernommen haben. 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.

§ 14 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 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 § 16 ändern.

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

1

Sie können sowohl bei Antragstellung als auch während der Versicherungsdauer eine jährliche planmäßige Erhöhung der Leistungen zwischen 1 % bis 10 % (in 1-Prozent-Schritten) wählen.

Zudem können Sie einen einmal vereinbarten Prozentsatz für eine planmäßige Erhöhung während der Versicherungsdauer im Rahmen von Satz 1 beliebig in einem Rahmen zwischen 1 % und 10 % (in 1-Prozent-Schritten) ändern oder auf die planmäßige Erhöhung ganz verzichten.

Bei einem nachträglichen Einschluss bzw. einer nachträglichen Änderung der planmäßigen Erhöhung erfolgt die erste planmäßige Erhöhung bzw. die erste geänderte planmäßige Erhöhung an dem Jahrestag des Versicherungsbeginns, der dem Zugang Ihrer entsprechenden Mitteilung folgt.

Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Leistungen vereinbart haben, steigen diese zu jedem Jahrestag des Versicherungsbeginns um den jeweils vereinbarten Prozentsatz. Wenn sich die Versicherungsleistung erhöht, erhöht sich auch der Beitrag. Die Erhöhung des Beitrags wird hinsichtlich des erhöhten Teils der Versicherungsleistung nach den bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen berechnet. Dabei berücksichtigen wir das Alter der versicherten Person, die verbleibende Versicherungsdauer zum Zeitpunkt der Erhöhung sowie bei Vertragsabschluss bestehende Risikofaktoren.

Aufgrund einer planmäßigen Erhöhung erhöht sich auch die im Rahmen einer gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoption versicherte Leistung. Wir verlangen keine erneute Risikoprüfung für den dadurch erhöhten Schutz. Durch die planmäßige Erhöhung beginnen die Fristen für eine etwaige Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht nicht erneut.

2

Die planmäßige Erhöhung entfällt rückwirkend für die entsprechende Erhöhungsperiode, wenn Sie ihr innerhalb von 2 Wochen nach dem Zeitpunkt der planmäßigen Erhöhung (Jahrestag des im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns) widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag für die entsprechende Erhöhungsperiode nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Zeitpunkt der planmäßigen Erhöhung zahlen. Sie können den Erhöhungen beliebig oft widersprechen.

3

Wir werden Sie rechtzeitig vor jedem Zeitpunkt der planmäßigen Erhöhung über diese Erhöhung, den neuen Beitrag sowie Ihr Recht zum Widerspruch in Textform informieren.

4

Bei Eintritt eines Versicherungsfalls, nach dem weiterer Versicherungsschutz besteht, findet die planmäßige Erhöhung in Bezug auf die gegebenenfalls verringerte/n versicherte/n Leistung/en Anwendung.

5

Die Summe aller durch die Schwere Krankheiten Vorsorge versicherten Leistungen für die versicherte Person darf dabei nicht mehr als 300 % der zu Versicherungsbeginn oder nach einer Erhöhung gemäß §§ 15 bis 17 der versicherten Leistungen betragen.

6

Die planmäßige Erhöhung endet endgültig

- mit vollständiger Auszahlung der Leistung für eine versicherte schwere Krankheit,
- mit Eintritt des Versicherungsfalls aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (§ 7 Absatz 1 c)),
- mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person bzw. die ältere versicherte Person ihr 66. Lebensjahr vollendet oder
- mit dem Tod einer versicherten Person.

Die letzte planmäßige Erhöhung erfolgt 5 Jahre vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer.

7

Alle für Ihren Versicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die auf planmäßige Erhöhungen entfallenden Teile.

§ 16 Können Sie den vereinbarten Versicherungsschutz ändern? Können Sie die Beitragshöhe ändern, ohne den Versicherungsschutz zu ändern?

1

Sie können jederzeit eine Änderung der Höhe eines bestehenden Versicherungsschutzes im Rahmen der in den nachstehenden Absätzen 6 bis 8 genannten Grenzen beantragen.

Eine Erhöhung des Todesfallschutzes ist nur möglich, wenn Sie den Risiko Leben Schutz (§§ 4 bis 6) mit uns vereinbart haben.

Eine Änderung des Versicherungsschutzes 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 Versicherungsschutzes, die vereinbarte Versicherungsdauer gemäß § 18 verlängern.

3

Wenn Sie die Voraussetzungen unserer Nachversicherungsgarantie (§ 17) nicht erfüllen, hängt unsere Zustimmung zu einer beantragten Erhöhung des Versicherungsschutzes, nicht aber eine Veränderung der Versicherungsdauer nach § 18, von unserer Einschätzung nach einer erneuten Risikoprüfung ab.

4

Sie können nicht die Beitragshöhe erhöhen, ohne den Versicherungsschutz zu erhöhen.

Für den erhöhten Vertragsteil gelten die zum Erhöhungszeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen und Versicherungsbedingungen.

Für den zu erhöhenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

5

Eine gewünschte Änderung nach diesem § 16 wird zum nächsten Fälligkeitstag Ihres Beitrags nach unserer schriftlichen Bestätigung bzw. Zustimmung wirksam.

6

Es sind folgende Mindestbeiträge bzw. Mindeständerungen der Beitragshöhe für die jeweilige Zahlungsweise zu beachten:

Zahlungsweise	Mindestbeitrag insgesamt	Mindeständerung der Beitragshöhe
Monatlich	10 €	3 €
Vierteljährlich	30 €	9 €
Halbjährlich	60 €	18 €
Jährlich	120 €	36 €

7

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.

8

Für den gesamten Versicherungsschutz, der für eine versicherte Person durch mit uns bestehende Versicherungsverträge abgesichert ist, gelten die folgenden Höchst- und Mindestgrenzen:

Art der versicherten Leistung	Höchstgrenze	Mindestgrenze
Versicherte Todesfall-leistung	5.000.000 €	10.000 €
Versicherte Leistung für schwere Krankheiten	1.000.000 €	10.000 €

Abweichungen hiervon sind nur im Rahmen einer gesonderten Vereinbarung möglich.

§ 17 Wann können Sie Ihren Schutz ohne erneute Risikoprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie)?

1

Sie können im Rahmen der nachstehenden Absätze den für eine versicherte Person bestehenden Versicherungsschutz während der Versicherungsdauer beliebig oft pro Ereignis ohne erneute Risikoprüfung erhöhen (Nachversicherungsgarantie). Wenn im Zusammenhang mit einem persönlichen Ereignis gleichzeitig mehrere der unter Absatz 2 aufgeführten Ereignisse zutreffen, kann die Nachversicherungsgarantie trotzdem nur einmal für dieses persönliche Ereignis in Anspruch genommen werden.

2

Die Nachversicherungsgarantie gilt bei:

a) Heirat der versicherten Person, wobei die Heirat eines früheren Ehepartners bzw. Lebenspartners im Fall einer früheren Lebenspartnerschaft nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) ausgeschlossen ist;

   als Nachweis ist die Heiratsurkunde einzureichen;

   die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 Euro oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

b) rechtskräftiger 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 Euro 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 Euro 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 Euro 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 Euro 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 Euro oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

g) nachhaltiger Steigerung des Brutto-Jahreseinkommen bei nicht selbstständigen Versicherten um mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahreseinkommen;

   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 Euro oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

l) 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 Euro oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

j) Wegfall der Versicherungspflicht für die versicherte Person in der gesetzlichen Rentenversicherung, sofern dies durch entsprechende Unterlagen nachgewiesen wird; die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 Euro oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

k) Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person; die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 Euro oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

l) Abschluss einer beruflichen Qualifikation (z. B. Abschluss eines anerkannten Ausbildungsberufs, Meisterbrief, Promotion) der versicherten Person;

dies ist durch Vorlage der entsprechenden Urkunde nachzuweisen; die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 Euro oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

m) Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person; als Nachweis ist die Sterbeurkunde einzureichen; die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 Euro oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;

n) unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse zum 5. sowie zum 10. Jahrestag des Versicherungsbeginns; die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 25.000 Euro oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung.

3

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 Euro. Darüber hinaus darf die Summe aller durch die Schwere Krankheiten Vorsorge versicherten Leistungen für die versicherte Person nicht mehr als 300 % der zu Versicherungsbeginn oder nach einer Erhöhung gemäß §§ 15 bis 17 versicherten Leistungen betragen.

4

Die Nachversicherungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Erhöhung voraus, dass

a) uns Ihre Mitteilung in Textform über eine gewünschte Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb von 6 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 der Absätze 1 e), h) und i) nicht älter als 60 Jahre ist;

c) alle bis zum Zeitpunkt der Erhöhung fälligen Beiträge gezahlt wurden;

d) wir keine Leistung aufgrund von einer Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbringen bzw. keine Leistung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbracht haben;

e) 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

f) noch keine Leistungen aus der Schwere Krankheiten Vorsorge beantragt wurden.

5

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.

– Die Möglichkeit der Nachversicherungsgarantie kann in den letzten 5 Jahren vor dem vereinbarten Ende der Versicherungsdauer nicht mehr ausgeübt werden.

6

Für die Erhöhung werden die gleichen Versicherungsbedingungen, Rechnungsgrundlagen und alle sonstigen für den bereits bestehenden Vertragsteil geltenden Vereinbarungen zugrunde gelegt. Für den zu erhöhenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten somit auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

7

Wartezeiten für bestimmte schwere Krankheiten beginnen für den erhöhten Teil der versicherten Leistung für schwere Krankheiten ab dem Zeitpunkt der Erhöhung erneut.

§ 18 Wann können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung verlängern (Verlängerungsoption)?

1

Sie können bis 5 Jahre vor dem vereinbarten Ablauf Ihrer Versicherung eine Verlängerung des Versicherungsschutzes ohne erneute Gesundheitsprüfung beantragen. Die Verlängerungsoption kann während der Versicherungsdauer bis zu dreimal in Anspruch genommen werden. Eine Verlängerung der Versicherungsdauer ist jeweils um bis zu 50 weitere Jahre möglich, maximal bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihren 75. Geburtstag erreicht.

2

Eine Verlängerung der Versicherungsdauer ist unter folgenden Voraussetzungen möglich:

– Die versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerungsoption nicht älter als 50 Jahre.

– Ein Versicherungsfall ist noch nicht eingetreten bzw. es sind noch keine Leistungen beantragt.

3

Der Versicherungsschutz aus den gegebenenfalls vereinbarten Zusatzoptionen Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (§ 7 Absatz 1 c)) und Erwerbsunfähigkeitsschutz (§ 7 Absatz 1 d)) endet spätestens zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihren 67. Geburtstag erreicht. Im Fall einer Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung können Sie den Versicherungsschutz aus diesen beiden Zusatzoptionen einmalig verlängern, sofern die verein-

barte Versicherungsdauer für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge hierdurch nicht überschritten wird. Eine derartige Verlängerung können Sie innerhalb von 12 Monaten verlangen, nachdem die gesetzliche Änderung in Kraft getreten ist.

4

Der neue Beitrag nach einer Verlängerung wird unter Berücksichtigung folgender Tatsachen errechnet:
- dem für Ihren Vertrag zum Zeitpunkt der Ausübung der Verlängerungsoption gültigen Tarif,
- dem zu diesem Zeitpunkt erreichten Alter der versicherten Person,
- der verbleibenden Versicherungsdauer (inklusive Verlängerungslaufzeit)
  und
- einem eventuell bei Vertragsabschluss vereinbarten Beitragszuschlag.

5

Vereinbarte Leistungseinschränkungen gelten auch für die hinzukommende Versicherungsdauer.

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

1

Eine Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung ist nicht möglich.

2

Sie können Ihren Versicherungsvertrag jederzeit zum Monatsende durch eine Erklärung in Textform kündigen. Mit der Kündigung endet der Vertrag.

Ein Anspruch auf die Rückzahlung der von Ihnen für die Zeit vor Wirksamwerden der Kündigung geleisteten Beiträge besteht nicht. Ein Rückkaufswert fällt nicht an.

§ 20 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten? Mit welchen Folgen müssen Sie rechnen, wenn Sie Ihre Mitwirkungspflichten nicht beachten?

1

Sie sollten uns unverzüglich (d. h. ohne schuldhaftes Zögern) benachrichtigen, sobald Sie den Eindruck haben, dass ein Versicherungsfall vorliegen könnte, damit eine zügige Bearbeitung eines Versicherungsfalls 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. Unterlagen und Nachweise, die für einen bestimmten Versicherungsfall bei uns einzureichen sind, werden für den jeweiligen Versicherungsfall unter den Absätzen 3 bis 6 nachstehend aufgeführt.

Zusätzlich zu den in den Absätzen 3 bis 6 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, für welches Sie eine Versicherungsleistung geltend machen,

d) einer Heiratsurkunde der versicherten Person sowie Meldebescheinigungen für die versicherte Person und das Stiefkind, für welches eine Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen.

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir über die ausdrücklich genannten Unterlagen und Nachweise hinaus weitere notwendige Nachweise beziehungsweise Untersuchungen auf unsere Kosten verlangen. Wir können verlangen, dass sich die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind von durch uns beauftragten Ärzten oder Gutachtern untersuchen lässt.

3

Wenn eine Todesfallleistung 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) nach dem Tod des Versicherungsnehmers hat derjenige, der sich gegenüber uns auf die Rechtsnachfolge des Versicherungsnehmers beruft, uns seine erbrechtliche Berechtigung in geeigneter Weise nachzuweisen;

   wird uns zum Beispiel ein Erbschein, eine Ausfertigung oder eine beglaubigte Abschrift der letztwilligen Verfügung (Testament, Erbvertrag) nebst zugehöriger Eröffnungsniederschrift vorgelegt, dürfen wir denjenigen, der darin als Erbe oder Testamentsvollstrecker bezeichnet ist, als Berechtigten ansehen, ihn verfügen lassen und insbesondere mit befreiender Wirkung an ihn leisten; dies gilt nicht, wenn uns bekannt ist, dass der dort Genannte (z. B. nach Anfechtung oder wegen Nichtigkeit des Testaments) nicht verfügungsberechtigt ist oder wenn uns dies infolge Fahrlässigkeit nicht bekannt geworden ist; fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen;

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 Todesfallleistung 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 oder Pflegebedürftigkeit geltend gemacht werden, sind uns zunächst auf Ihre Kosten nur folgende Informationen vorzulegen, damit wir mit der Leistungsprüfung beginnen können:

– Arztberichts-Fragebogen (von uns bereitgestellt);

– die in der Definition der jeweiligen schweren Krankheit in Anlage 1 bzw. bei Vereinbarung der Zusatzoption Erweiterter Krankheitenkatalog in Anlage 2 genannten Unterlagen;

– zusätzliche Krankenkassen-/Krankenversicherungauskunft zu der Krankheit, für die eine Leistung verlangt wird, ihrem Krankheitsverlauf und der erfolgten Behandlung.

Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie gegebenenfalls 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.

Bitte beachten Sie, dass die Leistungsprüfung in einem Dialog mit Ihnen erfolgt. Das bedeutet, dass wir nicht alle Unterlagen in einem Schritt bei Ihnen oder Dritten anfordern dürfen, sondern nur die Unterlagen, die im jeweils aktuellen Prüfungsschritt erforderlich sind. Dadurch kann es dazu kommen, dass wir im Rahmen der Prüfung weitere Unterlagen im Dialog mit Ihnen anfordern müssen. Damit werden keine Unterlagen von uns angefordert, die zur aktuellen Prüfung nicht erforderlich sind.

6

Die Kosten für eventuell nötige weitere Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte werden von uns übernommen.

Hält sich die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet. Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 Euro pro Übernachtung übernommen. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

7

Wenn eine Leistung für die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit geltend gemacht wird, gelten darüber hinaus die §§ 5, und 8 der Anlage 3 – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

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 einzelfallbezogene 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.

11

Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlagen sind Ärzte bzw. Fachärzte, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, 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.

12

Wird eine nach Eintritt des Versicherungsfalls zu erfüllende Mitwirkungspflicht (Obliegenheit) vorsätzlich verletzt, sind wir für diesen Versicherungsfall von der Leistungspflicht befreit. Bei grob fahrlässiger Verletzung haben wir das Recht, unsere Leistungen entsprechend der Schwere des Verschuldens zu kürzen. Erbringen Sie den Nachweis, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt unserer Leistungspflicht bestehen. Unsere Leistungspflicht bleibt auch bestehen, soweit uns nachgewiesen wurde, dass die Verletzung keinen Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht hat. Im Leistungsfall werden wir Sie gesondert auf diese Regelung hinweisen. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Bei Arglist bleiben wir generell leistungsfrei.

§ 21 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 Anspruch begründenden Umständen und dem Schuldner 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 Anspruchsteller in Textform zugeht.

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

1

Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

2

Im Fall der Vereinbarung der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit (§ 7 Absatz 1 c)) gelten außerdem die §§ 7 und 8 der Anlage 3 – Besondere Bedingungen für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit.

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 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.

§ 23 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten erhoben? Welche weiteren Kosten fallen an?

1

Bei dem Abschluss von Versicherungsverträgen sowie während deren Laufzeit entstehen Kosten. Die mit dem Abschluss und der Vermittlung Ihres Versicherungsvertrags verbundenen Kosten, etwa die Kosten für Beratung, Anforderung von Gesundheitsauskünften und Ausstellung des Versicherungsscheins, werden Ihnen nicht gesondert in Rechnung gestellt. Diese Kosten wurden bei der Kalkulation Ihrer Beiträge bereits berücksichtigt. Auch die laufenden Vertragskosten (Verwaltungskosten) sowie die Risikokosten sind bereits bei der Kalkulation Ihrer Beiträge berücksichtigt. Bitte lesen Sie zu den Einzelheiten den Abschnitt „Prämie; Kosten“ in dem „Informationsblatt zu Versicherungsprodukten“, das Sie mit den Informationen vor Vertragsabschluss erhalten haben.

2

Im Einzelfall können wir Ihnen folgende sonstigen Kosten berechnen:

- Kosten der zum Zwecke der Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen im Fall unseres Rücktritts vor Zahlung des Einlösungsbeitrags
- Kosten einer Mahnung bei Zahlungsverzug gemäß § 13 Absatz 3
- Kosten der gescheiterten Einlösung einer Lastschrift gemäß § 13 Absatz 4

Diese Kosten betragen derzeit (Stand 01.10.2020) in jedem der aufgeführten Fälle 15 Euro. Sie werden regelmäßig gemeinsam mit der nächsten Beitragszahlung erhoben.

Darüber hinaus können Ihnen Kosten für den Nachweis des Versicherungsfalls gemäß § 20 entstehen.

§ 24 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 Vertragsabschluss 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 Steuer-Identifikationsnummer(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 gegebenenfalls 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 so lange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 25 Sind Sie an Überschüssen beteiligt?

Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen.

Dies gilt auch für gegebenenfalls vereinbarte Zusatzoptionen.

§ 26 Anschlussoption für automatisch mitversicherte Kinder für eine eigene Schwere Krankheiten Vorsorge (Kinderanschlussoption)

1

Wenn der Versicherungsschutz für ein automatisch mitversichertes Kind im Sinne von § 3 B Absatz 1 bzw. § 4 B Absatz 1 der Versicherungsbedingungen endet, kann es in eine eigene von uns angebotene Schwere Krankheiten Vorsorge mit gleichem Versicherungsschutzumfang wechseln, wenn die nachstehenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Bei dem mitversicherten Kind wurde bis zum Beginn des eigenen Versicherungsvertrags kein Versicherungsfall aus einer Versicherung zur Absicherung schwerer Krankheit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Beeinträchtigung der Grundfähigkeiten, Pflegebedürftigkeit oder Erwerbsminderung bei der Canada Life, einem anderen Personenversicherer oder Sozialversicherungsträger geltend gemacht bzw. ist kein solcher Versicherungsfall eingetreten und
- zum Zeitpunkt des Wechsels wird eine Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life mit einem entsprechenden Versicherungsschutzumfang angeboten.

2

Das automatisch mitversicherte Kind kann die Kinderanschlussoption innerhalb von 6 Monaten nach Erreichen der Volljährigkeit bzw. nach dem Ende des Versicherungsschutzes als automatisch mitversichertes Kind beantragen. Hierfür ist ein gesonderter Antrag auf Abschluss einer Schweren Krankheiten Vorsorge sowie die Abgabe einer vereinfachten Gesundheitserklärung erforderlich. Mit der Annahme des Antrags wird dann ein neuer Versicherungsvertrag vereinbart. Wir behalten uns vor, entsprechende Unterlagen gemäß § 20 Absatz 2 b) bis d) zum Nachweis der vorherigen automatischen Mitversicherung anzufordern.

3

Ein Wechsel ist grundsätzlich bis zur Höhe der versicherten Leistung, die in dem Versicherungsvertrag der Schweren Krankheiten Vorsorge für das automatisch mitversichert Kind gemäß § 3 B Absatz 3 bzw. § 4 B Absatz 2 vereinbart war, möglich. Die Mindestversicherungsleistungen gemäß § 16 Absatz 8 dürfen jedoch nicht unterschritten werden.

Auch die anderen Vereinbarungen im Rahmen der Schwere Krankheiten Vorsorge wie Zahlungsweise, Endalter usw. werden für die neue Schwere Krankheiten Vorsorge übernommen, soweit dies nach den von Canada Life bei Ausübung des Wechselrechts angebotenen Tarifbedingungen möglich ist.

Wenn Zusatzoptionen vereinbart waren, werden diese – mit Ausnahme des Erweiterten Krankheitenkatalogs – nicht in den neuen Schwere Krankheiten Versicherungsvertrag übernommen. Ein Einschluss ist nur nach einer gesonderten Risikoprüfung möglich.

Für eine gegebenenfalls vereinbarte Zusatzoption des Erweiterten Krankheitenkatalogs gilt weiterhin die für automatisch mitversicherte Kinder in § 7 Absatz 1 a) aufgeführte reduzierte Versicherungsleistung.

4

Für die Berechnung des neuen Beitrags werden die neuen, zum Zeitpunkt des Wechselwunsches geltenden Versicherungsbedingungen, Rechnungsgrundlagen und alle sonstigen geltenden Vereinbarungen der jeweiligen Schweren Krankheiten Vorsorge, in die gewechselt werden soll, zugrunde gelegt. Die Höhe des Beitrags des neuen Versicherungsvertrags richtet sich nach dem dann erreichten Eintrittsalter der versicherten Person.

§ 27 Welches Recht findet auf Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge Anwendung?

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

1

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

2

Klagen aus dem Versicherungsvertrag müssen wir bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben. Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt ist, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person oder eine parteifähige Personengesellschaft ist, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Ist deren Geschäftssitz unbekannt, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

3

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsabschluss in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Das gilt auch, falls Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsabschluss nach Island, Norwegen oder die Schweiz verlegen und der jeweilige Staat nicht mehr Mitglied des Übereinkommens über die gerichtliche Zuständigkeit und die Anerkennung und Vollstreckung von Entscheidungen in Zivil- und Handelssachen vom 30.10.2007 (Luganer Übereinkommen) oder einem ihm nachfolgenden Übereinkommen ist.

§ 29 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 Schweren Krankheiten Vorsorge angemessen berücksichtigt.

Die neue Regelung wird 2 Wochen, nachdem Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 30 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
  Telefon: 0800-3696000
  Telefax: 0800-3699000
  E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
  Internetseite: www.versicherungsombudsmann.de

ANLAGE 1 –

ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE DEFINITIONEN DER VERSICHERTEN SCHWEREN KRANKHEITEN

Allgemeine Hinweise:

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

Die in den folgenden Definitionen für schwere Krankheiten genannten Ärzte bzw. Fachärzte müssen die Voraussetzungen für qualifizierte Ärzte im Sinne von § 20 Absatz 11 der Versicherungsbedingungen erfüllen, um für Zwecke der Versicherungsbedingungen und dieser Anlage 1 anerkannt zu werden.

In dieser Anlage 1 führen wir auf, wann unsere Leistungspflicht bei bestimmten schweren Krankheiten ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht auch nach § 10 der Versicherungsbedingungen ausgeschlossen oder eingeschränkt sein kann.

Übersicht der abgesicherten schweren Krankheiten

Gruppe 1: Organversagen

- Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Fortgeschrittene Leber-erkrankungen
- Fortgeschrittene Lungen-erkrankung (inklusive schwerem Emphysem)
- Nierenversagen
- Pneumonektomie
- Transplantation von Hauptorganen

Gruppe 2: Zentrales Nervensystem

- Amyotrophe Lateralsklerose
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems
- Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit
- Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Motoneuronerkrankung
- Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen
- Multisystematrophie mit der Folge dauerhafter Symptome
- Muskeldystrophie
- Progressive supranukleäre Blickparese
- Querschnittslähmung

Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System

- Aortenaneurysma
- Aortenplastik
- Bypass-Operation der Herzkranzgefäße
- Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)
- Herzinfarkt
- Herzklappenoperation
- Herzstillstand mit Einsetzen eines Defibrillators
- Intrakranielles Aneurysma
- Konstriktive Perikarditis (Panzerherz), die eine Operation erfordert
- Operation am offenen Herzen
- Operation der Pulmonalarterie, die eine chirurgische Öffnung des Brustbeines erfordert
- Primäre pulmonale Hypertonie
- Schlaganfall

Gruppe 4: Entzündungen

- Bakterielle Meningitis
- Enzephalitis
- Schwere rheumatoide Arthritis

Gruppe 5: Tumore

- Fortgeschrittener Krebs
- Gutartiger Gehirntumor
- Gutartiger Rückentumor

Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

- Abhängigkeit von einer dritten Person
- Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)
- Asbestose
- Berufsbedingte Hepatitis C
- Funktionsverlust von Gliedmaßen
- HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs
- HIV-Infektion durch Bluttransfusion
- HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten
- Intensivpflege mit künstlicher Beatmung über einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen
- Koma
- Schwere Kopfverletzung
- Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen
- Schwerer Unfall
- Sprachverlust
- Systemischer Lupus erythematodes
- Transplantation von Knochenmark
- Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)
- Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)

Erläuterung Wartezeiten

Was ist eine Wartezeit?

Bei einer schweren Krankheit mit Wartezeit erhalten Sie eine Leistung, wenn die Erkrankung oder die Notwendigkeit einer Behandlung 3 bzw. 6 Monate nach Versicherungsbeginn diagnostiziert wurde. Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Die entsprechende Regelung hierzu finden Sie in § 3 A Absatz 2 der Versicherungsbedingungen.

Für diese schweren Krankheiten gilt folgende Wartezeit:

- Fortgeschrittener Krebs (6 Monate)
- Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (3 Monate)

Gruppe 1: Organversagen

Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) diagnostiziert wurde und die Bauchspeicheldrüse ihre Funktion (Verdauung von Fett und Eiweiß, Blutzuckerregulation) verloren hat.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Facharztes für Innere Medizin, aus dem sich die genannte Diagnose und deren Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für eine akute Bauchspeicheldrüsenentzündung.	

Fortgeschrittene Lebererkrankungen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Leberzirrhose oder das Endstadium einer Lebererkrankung diagnostiziert wurde und mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen: — hepatische Enzephalopathie (Hirnerkrankung durch Leberschaden) — unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch) — Ikterus (permanente Gelbsucht) — Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Gastroenterologen, aus dem sich die Lebererkrankung und zwei der beschriebenen Krankheitsbilder ergeben.

Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Lungenerkrankung diagnostiziert wurde, welche zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führte, und folgende Befunde diagnostiziert wurden: — eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie (Sauerstoffmangel) — FEV1 (forciertes exspiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffeneau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter — arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 Millimeter Quecksilbersäule oder weniger (Pa02 ≤ 55 mm Hg)	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Facharztes für Lungenerkrankungen, aus dem sich die Diagnose der Lungenerkrankung und der chronisch respiratorischen Insuffizienz ergibt, — Befundbericht, aus dem sich die genannten Befunde ergeben.

Nierenversagen		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund eines chronischen Nierenversagens für mindestens 6 Monate durchgehend eine regelmäßige Dialyse durchgeführt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Nephrologen, aus dem sich das chronische Nierenversagen ergibt, und — Dialyseplan.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Vorliegen eines vorübergehenden, akuten Nierenversagens.	

Pneumektomie		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein ganzer Lungenflügel operativ entfernt wurde (Pneumektomie).	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Pneumektomie durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für einen anderen Eingriff an der Lunge, wie zum Beispiel eine Lungensegmentresektion, Lobektomie oder einen Lungenschnitt.	

Transplantation von Hauptorganen		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person eine teilweise oder vollständige Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse erhielt oder sie dafür auf einer offiziellen Warteliste registriert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Transplantation durchgeführt wurde, — Befundberichte, aus denen sich die Notwendigkeit der Transplantation ergibt, oder — Bestätigung der Registrierung auf einer offiziellen Warteliste.

Gruppe 2: Zentrales Nervensystem

Amyotrophe Lateralsklerose		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert wurde und mindestens eine der folgenden neurologischen Einschränkungen vorliegt: — Muskellähmung — Muskelschwund — Sprechstörung — Schluckstörung	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der amyotrophen Lateralsklerose und der Verlust der neurologischen Fähigkeit ergeben.

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) von einem Neurologen sicher diagnostiziert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die gesicherte Diagnose ergibt.

Erkrankung des zentralen Nervensystems		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person vor ihrem 65. Geburtstag aufgrund einer Erkrankung des zentralen Nervensystems erstmalig mindestens eine der folgenden Fähigkeiten für mindestens 6 Monate durchgehend verloren hat: — eine Entfernung von 200 Meter über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) gehend zurückzulegen, 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; — die Funktion einer kompletten Gliedmaße, also des Arms, einschließlich der Hand, oder des Beins, einschließlich des Fußes. Der Verlust der Fähigkeit muss danach noch mindestens 6 Monate andauern. Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Erkrankung das dritte Lebensjahr vollendet.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose einer Erkrankung des zentralen Nervensystems, deren Erstauftreten, Verlauf sowie Auswirkungen ergeben.

Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Alzheimer-Krankheit durch einen Arzt für Neurologie mit standardisierten Tests und Fragebögen diagnostiziert wurde. Diese muss vor dem 65. Geburtstag der versicherten Person zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz geführt haben, weswegen sie ständig beaufsichtigt werden muss.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Arztes, aus denen sich die Diagnose einer Alzheimer-Krankheit sowie deren Verlauf und Symptome ergeben.

Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine idiopathische Parkinson'sche Krankheit (Morbus Parkinson) diagnostiziert wurde und nach ärztlicher Bestätigung mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens für mindestens 3 Monate durchgehend und nur mit Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden können:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilettenbenutzung
- Zubettgehen und Aufstehen

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus dem sich die Diagnose der Parkinson'schen Krankheit ergibt, sowie
- alle Befundberichte, aus denen sich die beschriebenen Einschränkungen ergeben.

Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn sich die versicherte Person während der Versicherungsdauer mit dem Poliovirus infizierte und eine paralytische Poliomyelitis (Infektion mit dem Poliovirus, welche zu Lähmungen führt) diagnostiziert wurde, die sich auf Atmung oder Motorik auswirkt.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der paralytischen Poliomyelitis sowie der Beginn der Infektion ergeben.

Motoneuronerkrankung

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine der Motoneuronerkrankungen:

- spinale Muskelatrophie (SMA),
- bulbospinale SMA Typ Kennedy,
- amyotrophe Lateralsklerose (ALS),
- progressive Muskelatrophie (PMA),
- primäre Lateralsklerose,
- hereditäre spastische Spinalparalyse (HSP),
- Post-Polio-Syndrom (PPS)

diagnostiziert wurde, welche zu mindestens einer der folgenden Einschränkungen:

- Muskellähmung,
- Muskelschwund,
- Sprechstörung,
- Schluckstörung

führte.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose einer Motoneuronerkrankung und der Verlust der neurologischen Fähigkeiten ergeben.

Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen

Was ist versichert?	Sie erhalten die versicherte Leistung, wenn die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der dann gültigen McDonald-Kriterien für Multiple Sklerose gestellt wurde und seit mindestens 6 Monaten durchgehend entweder — ein EDSS-Wert von mindestens 4,5 vorliegt oder — motorische Einschränkungen einer ganzen Extremität (Lähmung oder Bewegungsstörung von Arm oder Bein) bestehen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der Multiplen Sklerose anhand der dann gültigen McDonald-Kriterien sowie die Funktionseinschränkungen oder der EDSS-Wert und deren Verlauf ergeben.
Wann wird eine Teilzahlung gewährt?	Sie erhalten eine Teilzahlung der versicherten Leistung, wenn bei der versicherten Person die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der aktuellsten McDonald-Kriterien für Multiple Sklerose gestellt wurde. Sie erhalten die geringere Summe von entweder — 50 % der versicherten Leistung (siehe Versicherungsschein) oder — 20.000 Euro.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der McDonald-Kriterien ergibt.

Multisystematrophie mit der Folge dauerhafter Symptome

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Multisystematrophie sicher diagnostiziert wurde. Dabei muss eine Beeinträchtigung in einem der folgenden Bereiche voraussichtlich dauerhaft vorliegen: — der motorischen Funktion mit damit verbundener Steifheit der Bewegungen oder — der Fähigkeit zur Koordination der Muskelbewegung oder — der Blasenkontrolle und orthostatische Hypotonie.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Erkrankung, die Beeinträchtigungen und deren Verlauf ergeben.

Muskeldystrophie

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Muskeldystrophie diagnostiziert wurde und die folgenden Kriterien erfüllt sind: — klinisches Erscheinungsbild einer Muskeldystrophie: keine sensorischen Störungen, normaler Liquorbefund und leichte Einschränkung der Sehnenreflexe; — charakteristisches Elektromyogramm; — klinischer Verdacht, bestätigt durch eine Muskelbiopsie oder durch geeignete, aktuelle Diagnoseverfahren.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus denen sich die Diagnose und die geschilderten Kriterien ergeben.

Progressive supranukleäre Blickparese

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine progressive supranukleäre Blickparese diagnostiziert wurde. Dabei muss dauerhaft mindestens eine der folgenden neurologischen Einschränkungen vorliegen: — Sehstörung — Sprachstörung (Aphasie) — Sprechstörung (Dysarthrie) — Schluckstörung — Lähmungen — Spastik — Geh- und Gleichgewichtsstörungen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose der progressiven supranukleären Blickparese, deren Symptome und Verlauf ergeben.

Querschnittslähmung

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Schädigung des Rückenmarks oder Hirns zwei Gliedmaßen, also — beide Arme oder — beide Beine oder — ein Arm und ein Bein, jeweils über dem Hand- oder Fußgelenk vollständig und unumkehrbar gelähmt sind, sodass sie funktionslos sind und nicht mehr bewegt werden können.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus dem sich die Lähmung und ihre Dauerhaftigkeit ergeben.

Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System

Aortenaneurysma

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person entweder ein thorakales Aortenaneurysma von mehr als 5,5 Zentimeter oder ein abdominales von mehr als 5 Zentimeter diagnostiziert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Internisten, welcher die Diagnose thorakales oder abdominales Aortenaneurysma und dessen Größe enthält.

Aortenplastik

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Gefäßerkrankung ein Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta durchgeführt wurde. Der Eingriff muss nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden, in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln notwendig sein.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der der Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei dem Einbringen von minimalinvasiven Stents oder einem Eingriff an den Seitenästen der Aorta.	

Bypass-Operation der Herzkranzgefäße		
Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose der Notwendigkeit der Bypass-Operation der Herzkranzgefäße müssen mindestens 3 Monate vergangen sein.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Kardiologen oder — Entlassungsbericht der Klinik, aus dem sich die Bypass-Operation oder die Diagnose der De-novo-Angina sowie der Zeitpunkt der ersten Empfehlung ergeben.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße vorgenommen wurde, um eine Verengung bzw. einen Verschluss mindestens einer Koronararterie mit Bypass-Transplantation zu behandeln. Die Operation muss entweder am offenen Herzen oder durch eine minimalinvasive Bypass-Operation (MIDCAB) stattgefunden haben oder es besteht eine 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 3-monatigen Wartezeit.	
Was ist nicht versichert?	Angioplastie und alle anderen intraarteriellen, katheterbasierten Techniken und Laserverfahren	

Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Kardiomyopathie diagnostiziert wurde und eine Herzleistungsschwäche im Stadium 3 gemäß NYHA (New York Heart Association) für mindestens 3 Monate durchgehend vorliegt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Kardiologen, aus denen sich der Schweregrad der Herzleistungsschwäche und deren Behandlung und Dauer ergeben.

Herzinfarkt

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein ST-Hebungsinfarkt (STEMI-Herzinfarkt) oder ein NSTEMI-Herzinfarkt diagnostiziert wurde und ein Teil des Herzmuskels aufgrund unzureichender Blutzufuhr abgestorben ist. Zusätzlich müssen folgende Anzeichen vorgelegen haben: — Herzinfarkt aufgrund eines kompletten Verschlusses einer Herzkranzarterie durch ein Blutgerinsel (Thrombus), — charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Marker, zum Beispiel Troponin, und a) entweder typische klinische Symptome (z. B. Brustschmerzen) oder b) neue, charakteristische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG).	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher der Herzinfarkt diagnostiziert, die herzspezifischen Enzyme gemessen und das EKG geschrieben wurde.
Was ist nicht versichert?	Angina pectoris (stabil, instabil, mikrovaskulär)	

Herzklappenoperation

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person erstmals mittels einer Operation am offenen Herzen oder durch einen minimalinvasiven Eingriff eine oder mehrere Herzklappen ersetzt oder repariert wurden.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Herzklappenoperation durchgeführt wurde, aus dem sich die Art der Operation ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Durchführung einer Ballondilatation bei einer verengten Klappe oder für die kathetergestützte Rekonstruktion der Mitralklappe mit MitralClip.	

Herzstillstand mit Einsetzen eines Defibrillators

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund eines plötzlichen Herzstillstandes ein implantierbarer Defibrillator eingesetzt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher der Herzstillstand diagnostiziert sowie die Behandlung mittels Einsetzen der oben genannten Geräte vorgenommen wurde.
Was ist nicht versichert?	Einsetzen eines Herzschrittmachers (HSM)	

Intrakranielles Aneurysma

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels bildgebender Untersuchungsmethoden (z. B. Computertomografie oder Magnetresonanztomografie) ein intrakranielles Aneurysma von mindestens 25 Millimeter Durchmesser diagnostiziert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befund- und/oder Entlassungsbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose des intrakraniellen Aneurysmas mittels CT oder MRT ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der das Aneurysma festgestellt und/oder behandelt wurde.

Konstriktive Perikarditis („Panzerherz“), die eine Operation erfordert		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine chronisch konstriktive Perikarditis diagnostiziert wurde, die mindestens 6 Monate durchgehend zu einer Herzleistungsschwäche im Stadium 3 gemäß NYHA (New York Heart Association) führte.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Kardiologen, aus denen sich die Diagnose der konstriktiven Perikarditis, der Herzleistungsschwäche sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer anderen Form der Perikarditis.	

Operation am offenen Herzen		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Operation mit Durchtrennung des Brustbeins (mediane Sternotomie) zur Korrektur eines Herzfehlers oder Reparatur bzw. Ersatz einer oder mehrerer Herzklappen erfolgt ist.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde, aus dem sich die Erkrankung und Operation ergeben.

Operation der Pulmonalarterie, die eine chirurgische Öffnung des Brustbeins erfordert		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels operativer Durchtrennung des Brustbeins (mediane Sternotomie) eine Pulmonalarterie entnommen oder ersetzt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die mediane Sternotomie durchgeführt wurde, aus dem sich die Behandlungsbedürftigkeit der Pulmonalarterie ergibt.

Primäre pulmonale Hypertonie		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine primäre pulmonalarterielle Hypertonie Klasse 4 nach NYHA (New York Heart Association) diagnostiziert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundberichte des behandelnden Kardiologen, aus denen sich die zugrunde liegende Erkrankung, die Diagnose der pulmonalarteriellen Hypertonie und die Einschränkungen nach NYHA ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn die primäre pulmonalarterielle Hypertonie ausgelöst wurde durch: — eine Lungenerkrankung — chronische Hypoventilation — pulmonale Thromboembolie — Erkrankungen des linken Herzens — angeborene Herzkrankheiten	

Schlaganfall

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Schlaganfall diagnostiziert wurde. Hierbei muss das Gehirngewebe aufgrund unzureichender Blutzufuhr oder einer Hirnblutung geschädigt worden sein. Zusätzlich muss eines der folgenden Kriterien für mindestens 3 Monate durchgehend vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Stand der Wissenschaft auch noch für mindestens 9 Monate fortdauern: — halbseitige Lähmung (Hemiplegie/Hemiparese) — Sprachstörungen (Aphasie) — Sehstörungen — Schluckstörungen — Epilepsie — Einschränkungen der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten)	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose des Schlaganfalls und die Funktionseinschränkungen sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.	

Gruppe 4: Entzündungen

Bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine bakterielle Meningitis diagnostiziert wurde und für mindestens 3 Monate durchgehend — neurologische Ausfälle (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfälle) oder — schwere Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten vorlagen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus denen sich die Diagnose der bakteriellen Meningitis und die neurologischen Ausfälle sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	Alle anderen Arten der Meningitis, z. B. die virale Meningitis	

Enzephalitis

Was ist versichert?		
	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Enzephalitis, also eine Entzündung des Gehirns, meistens ausgelöst durch Viren oder Bakterien, zum Teil unter zusätzlicher Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis) oder des Rückenmarks (Enzephalomyelitis) diagnostiziert wurde und für mindestens 3 Monate durchgehend — neurologische Ausfälle (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfälle) oder — gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen) vorlagen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, welche die Diagnose der Enzephalitis und die andauernden Ausfälle bestätigen.

Schwere rheumatoide Arthritis

Was ist versichert?		
	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert wurde und entweder a) radiologische Unterlagen ausgedehnte Gelenkzerstörung mit größeren klinischen Deformierungen in mindestens drei der folgenden Gelenksregionen belegen: Schulter-, Hüft-, Knie-, Handgelenke, Ellenbogen, Halswirbelsäule, Fußgelenke, Metatarsophalangealgelenke der Füße, oder b) ärztliche Befundberichte bestätigen, dass mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden konnten: — Baden und Duschen — Be- und Entkleiden — Essen und Trinken — sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen — Toilette benutzen — Zubettgehen und Aufstehen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Rheumatologen, aus dem sich die Diagnose der rheumatoiden Arthritis, deren Ausbreitung oder deren Auswirkungen auf Aktivitäten des täglichen Lebens ergeben.

Gruppe 5: Tumore

Fortgeschrittener Krebs

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose einer Krebserkrankung sind mindestens 6 Monate vergangen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte der Klinik, in welcher die Krebserkrankung diagnostiziert wurde, insbesondere diejenigen, aus denen sich der histopathologische Befund ergibt, sowie gegebenenfalls den Behandlungsplan.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person anhand eines histopathologischen Befunds eines der folgenden Tumorkriterien nachgewiesen wurde: — ein solider Tumor im Stadium I nach AJCC/UICC 8. Edition, wenn für die Behandlung eine Strahlen- oder Chemo- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemo- oder Immuntherapie ist durch einen qualifizierten Facharzt zu bestätigen; — ein solider Tumor im Stadium II nach AJCC/UICC 8. Edition oder höher; — ein Gehirntumor im Stadium II nach WHO oder höher; — Leukämie oder malignes Lymphom;	
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose eines der folgenden Tumorkriterien: — papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome im Stadium I oder weniger, unabhängig von deren Therapie oder Behandlung; — Basalzell- und Plattenepithelkarzinome der Haut sowie Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP); — Prostatakarzinome im Stadium I nach AJCC/UICC 8. Edition oder weniger, unabhängig von deren Therapie oder Behandlung; — nicht invasive papilläre Karzinome der Blase Ta und Tis (Carcinoma in situ) nach TNM; — ein Tumor in einem früheren, als dem jeweils beschriebenen Stadium, also insbesondere solche im Stadium 0, 0is, in situ (Tis) oder Ta, alle prämalignen Erkrankungen oder nicht invasiven Krebserkrankungen (z. B. CIN 1 bis CIN 3 bei Gebärmutterhalsveränderungen); — Krebs, der lediglich durch Testverfahren nachgewiesen wurde, die auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder tumorassoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl (Liquid Biopsy) ohne histopathologischen Befund basieren.	

Gutartiger Gehirntumor		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein gutartiger Tumor innerhalb des Schädels, im Gehirn, der Hirnnerven, der Hirnhäute oder der Hirnanhangdrüse diagnostiziert wurde, welcher entweder — operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert (notwendig), aber nicht möglich ist bzw. nicht vorgenommen wird, oder — welcher mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, Psychiaters oder Onkologen, welcher die Diagnose eines der genannten gutartigen Hirntumore sowie dessen Behandlung enthält.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer der folgenden Befunde: — Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildungen) — Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns — Hämatome und Tumore der Wirbelsäule — Neurinome (gutartige Nervenfasertumore) — Hypophysenadenome (Tumore in der Hirnanhangdrüse) — Angiome (Gefäßneu- oder -fehlbildungen) — Zysten — Abszesse	

Gutartiger Rückentumor		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein gutartiger Tumor des Rückenmarks oder Wirbelkanals diagnostiziert wurde, welcher entweder — operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert ist oder — der mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, Psychiaters oder Onkologen, welcher die Diagnose eines der genannten Tumore sowie dessen Behandlung enthält.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer der folgenden Befunde: — Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildungen) — Neurinome (gutartige Nervenfasertumore) — Hypophysenadenome (Tumore in der Hirnanhangdrüse) — Angiome (Gefäßneu- oder -fehlbildungen) — Zysten — Abszesse	

Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

Abhängigkeit von einer dritten Person

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person nach dem 18. und vor dem 65. Geburtstag für mindestens 6 Monate durchgehend die Fähigkeit zur eigenständigen Versorgung verloren hat und mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausführen kann: — Baden und Duschen — Be- und Entkleiden — Essen und Trinken — sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen — Toilette benutzen — Zubettgehen und Aufstehen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle ärztlichen Befunde und Berichte, aus denen sich die Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und deren Dauer ergeben, zum Beispiel Pflegegutachten.

Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine schwere aplastische Anämie diagnostiziert wurde, die mindestens eine der folgenden Behandlungen erforderlich macht: — Blutbestandteilübertragung — Knochenmarktransplantation — immunsystemunterdrückende Behandlung — knochenmarkstimulierende Medikamente	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Internisten, aus denen sich die Diagnose einer schweren aplastischen Anämie sowie deren Behandlung ergeben.

Asbestose

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person — eine Asbestose diagnostiziert wurde und — ein Tiffeneau-Test (Atemstoßtest) eine Lungenfunktionsstörung mit einer Einsekundenkapazität FEV1 (forciertes exspiratorisches Volumen in der 1. Sekunde) von dauerhaft weniger als 1 Liter ergibt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Facharztes für Lungenerkrankungen, aus dem sich die Diagnose einer Asbestose und der beschriebene Lungenfunktionswert ergeben.

Berufsbedingte Hepatitis C

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Versicherungsbeginn eine Hepatitis-C-Infektion diagnostiziert wurde, welche

a) durch eine Verletzung oder

b) durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit während der Ausübung der Berufstätigkeit in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben wurde:

- Ärzte/Ärztinnen
- Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Heilpraktiker/-innen
- 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/Pharmazeutinnen
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Gefängnispersonal
- Hebammen/Geburtshelfer
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Krankenhaushilfspersonal
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Personal bei Beerdigungsinstituten
- Altenpfleger/Altenpflegerinnen

c) die als Berufskrankheit von der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 9 SGB VII i. V. m. Nr. 3101 der Anlage zu § 1 der Berufskrankheiten-Verordnung [BKV] oder der Unfallkasse [§ 31 Abs. 3 BeamtVG]) der versicherten Person anerkannt wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Unterlagen der Unfallversicherung oder der Unfallkasse, aus denen sich die Anerkennung einer Hepatitis-C-Infektion als Berufskrankheit ergibt.

Funktionsverlust zweier Gliedmaßen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person zwei Gliedmaßen, also entweder — zwei Arme, — zwei Beine oder — ein Arm und ein Bein, jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks nicht wiederherstellbar abgetrennt sind oder ihre Funktion dauerhaft und vollständig verloren haben	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Amputation vorgenommen oder behandelt wurde, oder — Befundbericht des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus dem sich der vollständige und dauerhafte Funktionsverlust von zwei Gliedmaßen ergibt.

HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine HIV-Infektion durch einen körperlichen Übergriff — in einem der folgenden Länder stattfand: 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, und — der Übergriff der Polizei gemeldet und von dieser dokumentiert wurde, — ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Übergriff belegt, dass die Infektion nicht bereits vor diesem bestand, und — ein weiterer HIV-Test innerhalb von 12 Monaten nach dem Übergriff erstmals positiv war.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Arztes, aus dem sich die Diagnose und die Ergebnisse der Blutuntersuchungen ergeben, und — Ermittlungsakte der Polizei oder Staatsanwaltschaft, aus der sich die Meldung des körperlichen Übergriffs ergibt.

HIV-Infektion durch Bluttransfusion

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Abschluss des Versicherungsvertrags eine Infektion mit dem HI-Virus über eine Bluttransfusion durch eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und autorisierte Institution erfolgte. Zusätzlich muss ein HIV-Test innerhalb von 6 Monaten nach dem Erhalt der Bluttransfusion laborchemisch erstmals positiv sein (Serokonversion).	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Arztes, aus dem sich die Diagnose, die Ergebnisse der Blutuntersuchungen und die Infektion über die Bluttransfusion ergeben.

HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Versicherungsbeginn eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde, welche a) durch eine Verletzung oder b) durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit während der Ausübung der Berufstätigkeit in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben wurde: — Ärzte/Ärztinnen, — Zahnärzte/Zahnärztinnen — Heilpraktiker/-innen — 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/Pharmazeutinnen — Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr — Gefängnispersonal — Hebammen/Geburtshelfer — Wäschereipersonal im Krankenhaus — Krankenhaushilfspersonal — Reinigungspersonal im Krankenhaus — Personal bei Beerdigungsinstituten — Altenpfleger/Altenpflegerinnen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Unterlagen der Unfallversicherung oder der Unfallkasse, aus denen sich das Anerkennen einer HIV-Infektion als Berufskrankheit ergibt.

Was ist versichert?	c) die als Berufskrankheit von der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 9 SGB VII i. V. m. Nr. 3101 der Anlage zu § 1 der Berufskrankheiten-Verordnung [BKV] oder der Unfallkasse [§ 31 Abs. 3 BeamtVG]) der versicherten Person anerkannt wurde.	

Intensivpflege mit künstlicher Beatmung über einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person mehr als 10 Tage aufgrund einer Atemstörung ununterbrochen invasiv, also mittels Intubation, durch einen Ventilator beatmet wurde und 14 Tage nach Beginn der Beatmung überlebt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht oder Durchgangsbericht der Klinik, in der die Beatmung erfolgte.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn die versicherte Person nicht invasiv bzw. lediglich unterstützend beatmet wurde. Sie erhalten keine Leistung, wenn die Beatmung aufgrund einer von der WHO (World Health Organisation) als Pandemie eingestuften Erkrankung erfolgt.	

Koma

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit bzw. das Versagen der nicht vitalen Hirnfunktionen ohne Reaktion auf externe Reize eingetreten ist, welcher 96 Stunden ununterbrochen bestand und in dieser Zeit den Einsatz von lebenserhaltenden Systemen (z. B. Beatmung) erforderte.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher das Koma behandelt wurde, aus dem sich die Behandlung ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei ärztlich induziertem, künstlichem Koma.	

Schwere Kopfverletzung

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person plötzlich ein von außen auf den Körper einwirkendes unfreiwilliges Ereignis (Unfall) unmittelbar zu einer Kopfverletzung und einer Schädigung des Gehirns mit dauerhaften a) neurologischen Ausfällen (z. B. Hörstörungen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder b) gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten führt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können benötigen wir, neben den nach § 20 notwendigen Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die traumatische Kopfverletzung behandelt wurde, — Unfallbericht und — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus denen sich die dauerhaften neurologischen Ausfälle ergeben.

Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person durch ein einzelnes Ereignis a) eine Verbrennung dritten Grades oder b) ein Hautschaden dritten Grades durch Kälte oder Verätzung, jeweils an mindestens 9 % der Körperoberfläche, entstanden ist.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Hautverletzung behandelt wurde.

Schwerer Unfall

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person schwer verunfallt ist und folgende Kriterien erfüllt sind: Ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis (Unfall) führt unmittelbar zu einem der folgenden Kriterien: — dem dauerhaften und vollständigen Verlust der Gebrauchsfähigkeit mindestens a) eines Arms und eines Beins oder b) beider Arme oder beider Beine, jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks, oder — einer schweren Kopfverletzung mit Hirnschädigung und dauerhaften neurologischen Ausfällen (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder — tiefer Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden Dauer ohne Reaktion auf externe Reize als unmittelbare Folge des Unfalls.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die versicherte Person wegen des schweren Unfalls behandelt wurde, aus dem sich die Behandlung und die Auswirkungen des Unfalls ergeben.
Was ist nicht versichert?	Ein künstliches, induziertes Koma ist ausgeschlossen.	

Sprachverlust

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person aufgrund einer Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder, für mindestens 2 Monate durchgehend die Fähigkeit verloren hat, sich mit Worten einem Dritten gegenüber verständlich zu machen und dies auch nicht durch zumutbare technische oder medizinische Maßnahmen wiederhergestellt werden kann.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Arztes, aus dem sich der Sprachverlust sowie dessen Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn der Sprachverlust auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

Systemischer Lupus erythematodes		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person durch einen Rheumatologen ein systemischer Lupus erythematodes gesichert diagnostiziert wurde und das Herz, das zentrale Nervensystem oder die Nieren betroffen sind.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Rheumatologen, aus denen sich die Diagnose des systemischen Lupus erythematodes ergibt sowie die Tatsache, welche Organe betroffen sind.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose eines diskoiden Lupus erythematodes.	

Transplantation von Knochenmark		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person auf eine offizielle Warteliste für den Erhalt einer Transplantation von fremdem (allogenem) Knochenmark aufgenommen wurde und ein Facharzt die medizinische Notwendigkeit der Transplantation von Knochenmark bestätigt hat. Gleiches gilt, wenn eine Transplantation von fremdem (allogenem) Knochenmark durchgeführt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht Ihres behandelnden Arztes, aus dem sich die Erkrankung und die Notwendigkeit einer Knochenmarktransplantation ergeben, sowie — Bestätigung der Aufnahme in eine Warteliste für den Empfang einer Knochenmarkspende.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für die Transplantation von eigenem Knochenmark.	

Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person, — auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie eines optimal angepassten Hörgeräts, oder anderer zumutbarer medizinischer Maßnahmen, — ein dauerhafter Hörverlust auf beiden Ohren von 80 Dezibel oder mehr im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes zwischen 500 Hertz und 3 Kilohertz besteht.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Arztes, aus dem sich der Hörverlust und dessen Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn der Hörverlust auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person, — auch unter Verwendung verordneter Hilfsmittel oder zumutbarer Heilbehandlungen, — voraussichtlich dauerhaft jeweils auf dem besseren, voll korrigierten Auge entweder a) ein Restsehvermögen von maximal 3/60 (0,05) Visus diagnostiziert wurde oder b) das Gesichtsfeld auf maximal 15 Visus vom Zentrum in alle Richtungen begrenzt ist.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Augenarztes, aus dem sich der Visus oder das Gesichtsfeld ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn die Einschränkung der Sehfähigkeit auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

ANLAGE 2

ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE ERWEITERTER KRANKHEITENKATALOG

Allgemeine Hinweise:

Diese Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life und gilt nur, wenn der Erweiterte Krankheitenkatalog als Zusatzoption gemäß § 7 Absatz 1 a) der Versicherungsbedingungen vereinbart wurde.

Die in den folgenden Definitionen für schwere Krankheiten genannten Ärzte bzw. Fachärzte müssen die Voraussetzungen für qualifizierte Ärzte im Sinne von § 20 Absatz 11 der Versicherungsbedingungen erfüllen, um für Zwecke der Versicherungsbedingungen und dieser Anlage 2 anerkannt zu werden.

In dieser Anlage 2 führen wir auf, wann unsere Leistungspflicht bei bestimmten schweren Krankheiten ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht auch nach § 10 der Versicherungsbedingungen ausgeschlossen oder eingeschränkt sein kann.

- Andere niedrigmaligne Karzinome
- Angioplastie am Herzen
- Augeninfarkt
- Blasenentfernung
- Diabetes mellitus Typ 1
- Duktales Mammakarzinom in situ
- Entfernung eines Augapfels
- Fehlbildung der Hirnarterien
- Fortgeschrittenes Glaukom
- Hirnabszess mit erforderlicher Operation
- Karotisstenose (Endarteriektomie oder Angioplastie bei Verengung der Halsschlagader)
- Künstlicher Darmausgang / künstlicher Harnblasenausgang
- Lobektomie (Entfernung eines Lungenlappens)
- Makuladegeneration
- Medikamentenresistente Epilepsie
- Niedrigrisiko-Prostatakrebs
- Ösophaguskarzinom in situ
- Schizophrenie
- Schwere Sehstörung oder Blindheit (ein Auge)
- Schwere ulzerative Colitis
- Schwerer Morbus Crohn
- Syringomyelie / Syringobulbie (Höhlenbildung im Rückenmark)
- Transkatheter-Aortenklappen-implantation
- Transverse Myelitis (Rückenmarks-entzündung)
- Verlust von Hand oder Fuß

Erläuterung Wartezeiten

Was ist eine Wartezeit?

Bei einer schweren Krankheit mit Wartezeit erhalten Sie eine Leistung, wenn die Erkrankung oder die Notwendigkeit einer Behandlung 3 bzw. 6 Monate nach Versicherungsbeginn diagnostiziert wurde. Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Die entsprechende Regelung hierzu finden Sie in § 7 Absatz 1 a) der Versicherungsbedingungen.

Diese 6 schweren Krankheiten des Erweiterten Krankheitenkatalogs beinhalten eine Wartezeit von 6 Monaten bzw. 3 Monaten:

- Angioplastie am Herzen (Wartezeit 3 Monate)
- Transkatheter-Aortenklappentransplantation (Wartezeit 3 Monate)
- Ösophaguskarzinom in situ (Wartezeit 6 Monate)
- Niedrigmaligne Karzinome(Wartezeit 6 Monate)
- Duktales Mammakarzinom in situ (DCIS) (Wartezeit 6 Monate)
- Invasives Prostatakarzinom (Wartezeit 6 Monate)

Andere niedrigmaligne Karzinome

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose eines der genannten niedrigmalignen Karzinome sind mindestens 6 Monate vergangen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histopathologisch gesicherte Diagnose ergibt.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund einer der folgenden niedrigmalignen Tumore diagnostiziert wurde: — maligne Melanome im Stadium IA oder IB AJCC 8. Edition — kolorektale Karzinome im UICC Stadium I AJCC/UICC 8. Edition — Harnblasenkarzinome im Stadium I nach AJCC 8. Edition — Gebärmutterkarzinome im Stadium IA1 und IA2 AJCC/UICC 8. Edition	
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für die Diagnose eines Karzinoms in einem früheren als dem jeweils beschriebenen Stadium, also insbesondere eines solchen im Stadium 0, 0is, in situ (Tis) oder Ta.	

Angioplastie am Herzen

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der erstmaligen Diagnose zur Notwendigkeit einer Angioplastie liegen mindestens 3 Monate.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Kardiologen, aus dem sich die genannten Werte ergeben, und — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Angioplastie durchgeführt wurde.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei einer Herzkranzarterie der versicherten Person einer der folgenden Werte diagnostiziert wurde: — Verengung zu mehr als 70 % oder — fraktionelle Flussreserve ≤ 0,8 oder — iFR (instantaneous wave-free ratio) ≤ 0,89 und eine Angioplastie durchgeführt wurde.	

Augeninfarkt

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Augeninfarkt (anteriore ischämische Optikusneuropathie [AION]) diagnostiziert wurde und dadurch eine dauerhafte Sehstörung auf mindestens einem Auge verbleibt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Augenarztes.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei einem Verschluss einer Netzhautvene (Augenvenenthrombose), einer Verletzung der Netzhaut oder des Sehnervs durch ein traumatisches Ereignis bzw. einen Unfall.	

Blasenentfernung (Zystektomie)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die Harnblase der versicherten Person operativ komplett entfernt wurde (Zystektomie).	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Alle Entfernungen (Zystektomien), welche die Harnblase nicht betreffen, sind nicht versichert.	

Diabetes mellitus Typ 1

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Diabetes mellitus Typ 1 diagnostiziert wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Diabetologen, aus denen sich die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 1 ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei — Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes), — Typ-2-Diabetes oder — latent autoimmuner Diabetes (LADA) im Erwachsenenalter.	

Duktales Mammakarzinom in situ (DCIS)

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose eines duktalen Mammakarzinoms in situ sind mindestens 6 Monate vergangen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histopathologisch gesicherte Diagnose ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der eine der genannten Operationen durchgeführt wurde.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund ein duktales Mammakarzinom in situ diagnostiziert und entfernt wurde durch — Mastektomie, — Teilmastektomie, — Segmentektomie oder — Lumpektomie.	

Entfernung eines Augapfels

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Augapfel operativ komplett entfernt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde.

Fehlbildung der Hirnarterien

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine arteriovenöse Fistel oder eine sonstige zerebrale arteriovenöse Missbildung mittels Kraniotomie oder endovaskulärer Therapie unter Verwendung von Coils behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen oder Neurochirurgen, aus dem sich die Erkrankung, bestätigt durch Angiografie, CT (Computertomografie) oder MRT (Magnetresonanztomografie), ergibt, und — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Behandlung durchgeführt wurde.

Fortgeschrittenes Glaukom (Grüner Star)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Glaukom (Grüner Star) diagnostiziert wurde und das Gesichtsfeld auch unter Verwendung von Sehhilfen auf einem Auge in keiner Richtung mehr als 30 Grad vom Zentrum beträgt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Augenarztes, aus dem sich die Diagnose des Glaukoms (Grüner Star) und das gemessene Gesichtsfeld ergeben.

Hirnabszess mit erforderlicher Operation (Kraniotomie)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels Kraniotomie ein intrazerebraler Abszess innerhalb des Hirngewebes behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich ergibt, dass der Hirnabszess mittels CT (Computertomografie) oder MRT (Magnetresonanztomografie) nachgewiesen wurde, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Kraniotomie durchgeführt wurde.

Karotisstenose (Endarteriektomie oder Angioplastie bei Verengung der Halsschlagader)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person zur Behandlung einer mindestens 70-%-Karotisstenose eine Endarteriektomie oder Angioplastie durchgeführt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Kardiologen oder Entlassungsbericht der Klinik, aus dem sich die Verengung der Karotis (Halsschlagader) und die Behandlung ergeben.

Künstlicher Darmausgang / künstlicher Harnblasenausgang

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person operativ ein künstlicher Darmausgang (Anus praeter) oder ein künstlicher Harnblasenausgang (Urostoma) gebildet worden ist und dieser voraussichtlich dauerhaft verbleibt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der der Eingriff vorgenommen wurde, — alle Befundberichte, aus denen sich ergibt, dass eine Rückverlegung voraussichtlich nicht möglich ist.

Lobektomie (Entfernung eines Lungenlappens)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Krankheit oder Verletzung ein ganzer Lungenlappen operativ entfernt worden ist.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten jedoch keine Leistung, wenn lediglich ein Lungenlappen nur teilweise entfernt (Segment- oder Keilresektion) oder eine andere Operation an der Lunge vorgenommen worden ist (insbesondere eine Pneumektomie).	

Makuladegeneration

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Makuladegeneration diagnostiziert wurde und auch unter Verwendung von Sehhilfen auf mindestens einem Auge nur eine Sehschärfe von 20 % vorliegt.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Augenarztes, aus dem sich die Diagnose der Makuladegeneration und die gemessene Sehschärfe ergeben

Medikamentenresistente Epilepsie

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person zur Behandlung einer Epilepsie (spontan auftretendes Ausfallleiden) ein epilepsiechirurgischer Eingriff am Gehirn durchgeführt wurde, um Gewebe zu entfernen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der medikamentenresistenten Epilepsie ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der der chirurgische Eingriff durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn eine Operation zur tiefen Hirnstimulation vorgenommen wurde.	

Niedrigrisiko Prostatakrebs

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose eines Prostatakarzinoms sind mindestens 6 Monate vergangen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histologisch gesicherte Diagnose des invasiven Prostatakarzinoms ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der eine der genannten Behandlungen durchgeführt wurde.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund ein invasives Prostatakarzinom im Stadium I AJCC/UICC 8. Edition diagnostiziert und eine Behandlung durchgeführt wurde mittels — Prostatektomie, — externer Strahlentherapie oder — interstitieller Therapie oder Brachytherapie.	

Ösophaguskarzinom in situ

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose des Ösophaguskarzinoms in situ sind mindestens 6 Monate vergangen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histopathologisch gesicherte Diagnose des Ösophaguskarzinoms in situ ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, welche die operative Behandlung vorgenommen hat.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund ein Carcinoma in situ des Ösophagus (Speiseröhre) diagnostiziert und durch Entfernung eines Teils oder des gesamten Ösophagus behandelt wurde.	
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei endoskopischer Entfernung oberflächlicher Anteile der Speiseröhrenschleimhaut unter Erhalt der Speiseröhre.	

Schizophrenie

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn ein Facharzt für Psychiatrie bei der versicherten Person die Diagnose einer Schizophrenie gemäß ICD 10 Version 2016 F20 gestellt hat und — die versicherte Person deswegen mindestens 14 Tage durchgehend in einer psychiatrischen Klinik stationär oder — 1 Jahr durchgehend medikamentös mit Antipsychotika oder Neuroleptika behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Psychiaters, aus dem sich die Diagnose der Schizophrenie ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der die versicherte Person behandelt wurde, oder — weitere Befundberichte des behandelnden Psychiaters, aus denen sich die durchgehende medikamentöse Behandlung über 1 Jahr ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn die Erkrankung auf eine Psychose ohne zugrunde liegende psychische Erkrankung vorliegt.	

Schwere Sehstörung oder Blindheit (ein Auge)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person auf einem Auge, auch unter Verwendung von Sehhilfen, nur eine Sehschärfe von 5 % oder weniger erreicht oder das Gesichtsfeld auf einem Auge auf maximal 10 Grad vom Zentrum beschränkt ist.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Augenarztes, aus denen sich die Sehschärfe und das Sehfeld ergeben.

Schwere ulzerative Colitis

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine schwere Colitis ulcerosa, eine chronische Erkrankung des Dick- oder Mastdarms, diagnostiziert und diese mittels totaler Kolektomie (Entfernung des gesamten Dick- oder Mastdarms) behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Gastroenterologen, aus dem sich die Diagnose der Colitis ulcerosa ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der die totale Kolektomie durchgeführt wurde.

Schwerer Morbus Crohn

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein schwerer Morbus Crohn (eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung) mit zwei oder mehr Darmsegmententfernungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten behandelt wurde.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Gastroenterologen, aus denen sich ergeben muss, dass die Diagnose den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) entspricht, ebenso die erforderlichen und durchgeführten Behandlungen.

Syringomyelie/Syringobulbie (Höhlenbildung im Rückenmark)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Syringomyelie (Höhlenbildung im Rückenmark) oder Syringobulbie (Höhlenbildung im Hals- und Brustmark) diagnostiziert wurde, die operativ behandelt wurde oder den Einsatz eines dauerhaften Drainage-Shunts notwendig machte.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Neurologen mit der geforderten Diagnose und die Bestätigung der Erkrankung mittels MRT (Magnetresonanztomografie) und Liquorbefund.

Transkatheter-Aortenklappenimplantation

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose der Notwendigkeit der Transkatheter-Aortenklappenimplantation sind mindestens 3 Monate vergangen.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Befundbericht des behandelnden Kardiologen, aus dem sich die Notwendigkeit der TAVI und das Datum des ersten Vorschlags der Behandlung mittels TAVI ergibt.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) vorgenommen wurde, um eine Herzklappe zu ersetzen.	

Transverse Myelitis (Rückenmarksentzündung)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn der behandelnde Neurologe bei der versicherten Person eine Transverse Myelitis diagnostizierte und mindestens eine der folgenden neurologischen Einschränkungen für 3 Monate durchgehend vorlag: — nachgewiesene Schwäche in mindestens einer Extremität — Blasen- oder Mastdarmstörungen	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose Transverse Myelitis sowie die durchgehenden Einschränkungen ergeben.

Verlust von Hand oder Fuß

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Gliedmaße, also entweder — ein Arm oder — ein Bein, jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks, nicht wiederherstellbar abgetrennt ist oder seine Funktion dauerhaft und vollständig verloren hat.	**Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:** — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Amputation vorgenommen oder behandelt wurde, — Befundbericht des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus dem sich der vollständige und dauerhafte Funktionsverlust einer Gliedmaße ergibt.

ANLAGE 3

ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR DIE ZUSATZOPTION BEITRAGSBEFREIUNG BEI BERUFSUNFÄHIGKEIT

Allgemeine Hinweise:

Für die Schwere Krankheiten Vorsorge kann die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart werden.

Diese Besonderen Bedingungen für die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit sind Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life.

Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen in den Versicherungsbedingungen für die Schwere Krankheiten Vorsorge (im Weiteren „Versicherungsbedingungen“).

Zur besseren Übersichtlichkeit dieser Anlage 3 haben wir Querverweise nur dann gesondert bezeichnet, wenn sie sich außerhalb dieser Anlage 3 befinden.

Querverweise, die nicht gesondert bezeichnet sind, beziehen sich auf diese Anlage.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir im Fall der Berufsunfähigkeit? Wann entsteht und endet der Anspruch?

1

Wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer der vereinbarten Zusatzoption gemäß §§ 2 und 3 dieser Besonderen Bedingungen berufsunfähig wird, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht in Höhe des zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge vereinbarten Beitrags und übernehmen für Sie die Beitragszahlung, längstens für die für diese Zusatzoption vereinbarte Versicherungsdauer (Beitragsbefreiung).

Eine gegebenenfalls gemäß § 15 der Versicherungsbedingungen vereinbarte planmäßige Erhöhung der versicherten Leistung für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge findet während der Dauer des Versicherungsfalls nicht statt.

2

Sofern nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, entsteht der Anspruch auf die Beitragsbefreiung mit Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche.

3

Der Anspruch auf die versicherten Leistungen endet,

- wenn unsere Überprüfung gemäß § 7 ergibt, dass eine Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Besonderen Bedingungen nicht mehr vorliegt, mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung,
- wenn der Versicherungsschutz aus dieser Zusatzoption endet (siehe §§ 7 Absatz 1 c) sowie 9 Absatz 3 der Versicherungsbedingungen).

4

Der Versicherungsschutz für die vereinbarte Zusatzoption besteht weltweit sowie bei jeder Gelegenheit, insbesondere auch während der Berufsausübung und in der Freizeit.

5

Fälle, in denen der Versicherungsschutz für die vereinbarte Zusatzoption ausgeschlossen ist, sind in § 4 dieser Besonderen Bedingungen geregelt.

§ 2 Was ist Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

1

a) Berufsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich mindestens 6 Monate ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % nicht ausüben können wird.

b) Ist die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, mindestens 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen, ihren zuletzt ausgeübten Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war, zu mindestens 50 % auszuüben, gilt die Fortdauer dieses Zustands ebenfalls als Berufsunfähigkeit.

c) Als Eintritt der Berufsunfähigkeit nach a) und b) sehen wir dabei jeweils den Beginn des 6-monatigen Zeitraums an.

2

Wir verzichten auf eine abstrakte Verweisung, d. h., wir prüfen nicht, ob die versicherte Person noch eine beliebige andere Tätigkeit ausüben könnte.

Berufsunfähigkeit liegt aber nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund ihrer Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer bisherigen Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung vor Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung (siehe Absatz 1) entspricht (konkrete Verweisung).

Eine andere Tätigkeit ist für die versicherte Person dann als nicht zumutbar anzusehen, wenn die Tätigkeit zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder zu einer spürbaren Reduzierung des jährlichen Bruttoeinkommens (bei Selbstständigen des Gewinns vor Steuern) gegenüber dem Bruttoeinkommen im zuletzt ausgeübten Beruf vor Eintritt der Berufsunfähigkeit führt. Als eine spürbare Einkommensreduzierung sehen wir grundsätzlich einen Prozentsatz von 20 % oder mehr an.

Sollte eine höchstrichterliche Entscheidung einen geringeren Prozentsatz als nicht zumutbare Einkommensminderung festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich. Im begründeten Einzelfall kann aber auch bereits heute eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar in diesem Sinn sein. Wir prüfen jedoch immer, ob im begründeten Einzelfall auch eine unter 20 % liegende Einkommensminderung unzumutbar sein kann. Für die Überprüfung legen wir das durchschnittliche Bruttoeinkommen der letzten 3 Jahre vor Eintritt der Berufsunfähigkeit zugrunde.

3

Scheidet die versicherte Person vorübergehend oder endgültig aus ihrer Erwerbstätigkeit aus, besteht während der restlichen Versicherungsdauer weiterhin Versicherungsschutz für die zuletzt vor Ausscheiden ausgeübte berufliche Tätigkeit gemäß Absatz 1. Berufsunfähigkeit liegt in diesem Fall aber nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise eine andere Tätigkeit konkret ausübt, die aufgrund der Ausbildung und Erfahrung ausgeübt werden kann und ihrer Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung zum Zeitpunkt des Ausscheidens aus der Erwerbstätigkeit entspricht.

4 Sonderfälle der Berufsunfähigkeit

Als berufsunfähig gelten versicherte Personen auch in den nachfolgend geregelten Sonderfällen.

a) Berufsunfähigkeit von Schülern
War die versicherte Person bei Eintritt des Versicherungsfalls Schüler, so legen wir diese Tätigkeit bei der Beurteilung der Berufsunfähigkeit gemäß Absatz 1 als Beruf zugrunde.

b) Berufsunfähigkeit während eines Vollzeitstudiums oder während der Berufsausbildung

aa) Während eines Vollzeitstudiums liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihr zuletzt betriebenes Studium fortzusetzen. Voraussetzung ist darüber hinaus, dass die versicherte Person auch kein anderes Studium betreibt, das ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht. Als Studium gilt ein Vollzeitstudium an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule (Universität, Fachhochschule, Duale Hochschule). Der angestrebte akademische Studienabschluss muss in Deutschland anerkannt sein.

bb) Während der Berufsausbildung in einem staatlich anerkannten Ausbildungsberuf liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird, ihre zuletzt betriebene Ausbildung fortzusetzen. Voraussetzung ist darüber hinaus, dass die versicherte Person auch keine andere berufliche oder schulische Ausbildung absolviert, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht, sowie keine berufliche Tätigkeit ausübt, die ihrer Ausbildung und Erfahrung sowie ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht.

cc) Ist die versicherte Person bei Eintritt der Krankheit, der Körperverletzung oder des Kräfteverfalls noch in einem Studium oder in einer Berufsausbildung (Fälle der Buchstaben aa) und bb)) und hat sie mindestens die Hälfte der gesetzlich vorgeschriebenen oder im Durchschnitt üblichen Studien- bzw. Ausbildungszeit absolviert, gilt Folgendes: Im Rahmen der konkreten Verweisung (vgl. § 2 Absatz 2) wird auf die Lebensstellung hinsichtlich Vergütung und sozialer Wertschätzung abgestellt, die regelmäßig mit dem erfolgreichen Abschluss eines solchen Studiums oder einer solchen Berufsausbildung erreicht wird.

dd) Kann die versicherte Person als Student oder Auszubildender in den Fällen der Buchstaben aa) und bb) aufgrund einer im letzten Ausbildungsjahr eingetretenen Berufsunfähigkeit diese Ausbildung nicht beenden und beginnt daher aus medizinischen Gründen, die ärztlich nachzuweisen sind, ein neues Studium oder eine neue Berufsausbildung, erbringen wir Leistungen für maximal die ersten 4 Jahre der neuen Ausbildung. Für Studenten gilt als letztes Ausbildungsjahr das letzte Jahr der Regelstudienzeit, sofern die Zulassungskriterien zur Teilnahme an den Abschlussprüfungen erfüllt sind. Voraussetzung ist, dass die versicherte Person ihren Ausbildungsverpflichtungen während der neuen Ausbildung in vollem Umfang nachkommt. Das Recht auf Nachprüfung der Berufsunfähigkeit (§ 7) bleibt hiervon unberührt.

c) Berufsunfähigkeit von Hausfrauen/-männern
Bei Hausfrauen/-männern orientiert sich die Feststellung der Berufsunfähigkeit allein an den von ihr/ihm bei Eintritt der Berufsunfähigkeit als Hausfrau/-mann in ihrem/seinem Haushalt konkret ausgeübten Aufgaben- und Tätigkeitsfeldern. Hat die Hausfrau/der Hausmann nach Abschluss der Versicherung eine anderweitige Berufstätigkeit ausgeübt oder übt sie/er eine solche noch bei Eintritt der Berufsunfähigkeit aus, so erfolgt die Prüfung der Berufsunfähigkeit auf Basis dieses Berufes nach den Absätzen 1 bis 3.

d) Berufsunfähigkeit bei Freiwilligem Wehrdienst (FWD) oder Bundesfreiwilligendienst (BFD)
Bei Personen, die den Freiwilligen Wehrdienst (FWD) oder den Bundesfreiwilligendienst (BFD) ableisten, liegt Berufsunfähigkeit vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, was ärztlich nachzuweisen ist, voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande sein wird oder 6 Monate ununterbrochen außerstande war, ihre vorherige Tätigkeit auszuüben, und, wenn die versicherte Person noch keiner Tätigkeit nachgegangen ist, eine Berufsausbildung oder ein Studium aufzunehmen.

e) Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen
Die Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen richtet sich grundsätzlich nach den Absätzen 1 und 2. Die Berufsunfähigkeit liegt jedoch nicht vor, wenn die versicherte Person in zumutbarer Weise als Selbstständige nach betrieblich sinnvoller Umorganisation ohne erheblichen Kapitaleinsatz innerhalb ihres Betriebs noch eine Tätigkeit ausüben könnte, die ihrer Stellung als Betriebsinhaber angemessen ist.

Wir verzichten auf die Prüfung einer Umorganisationsmöglichkeit,

– wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit zu Beginn der Berufsunfähigkeit mindestens zu 90 % kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt und

– bei Betrieben mit weniger als 5 Mitarbeitern.

f) Tätigkeitsverbot nach dem Bundesinfektionsschutzgesetz
Berufsunfähigkeit liegt auch vor, wenn die versicherte Person aufgrund eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde, voraussichtlich mindestens 6 Monate außerstande sein wird, ihren Beruf auszuüben, und sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung im Sinne von Absatz 2 entspricht.

§ 3 Wann liegt Berufsunfähigkeit wegen Pflegebedürftigkeit vor?

1

Berufsunfähigkeit liegt auch bei Pflegebedürftigkeit der versicherten Person vor. Pflegebedürftigkeit besteht, wenn mindestens eine der in den Buchstaben a) bis c) aufgeführten Voraussetzungen erfüllt ist.

a) Pflegebedürftigkeit des gesetzlichen Pflegegrades 2
Der versicherten Person wurde 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.

Bitte beachten Sie, dass Änderungen des SGB XI zu keiner Änderung des Versicherungsschutzes führen.

b) Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei Aktivitäten des täglichen Lebens
Die versicherte Person ist infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos, dass sie für mindestens 3 der folgenden gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – jeden Tag in erheblichem Umfang Hilfe durch eine andere Person benötigt.

- Mobilität
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – sich nicht ohne zusätzliche Unterstützung einer anderen Person von einem Zimmer zum anderen bewegen kann.

- Aufstehen und Zubettgehen
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mithilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

- An- und Auskleiden
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

- Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

- Körperpflege
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

- Verrichten der Notdurft
  Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil
  - sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
  - sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder
  - der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

  Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

c) Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz
Bei der versicherten Person wurde durch einen Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien gestellt:

aa) „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

bb) durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens 4 der folgenden 6 Punkte erfüllt sein:
- Depression, unkontrollierte Aggressivität
- Verkennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung
- unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs
- Gedächtnis- und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus
- im Hirnleistungstest werden weniger als 50 % der möglichen Punkte erreicht

2

Die Pflegebedürftigkeit muss voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen oder mindestens 6 Monate ununterbrochen bestanden haben. Sie ist ärztlich nachzuweisen.

Als Eintritt der Pflegebedürftigkeit sehen wir dabei jeweils den Beginn des 6-monatigen Zeitraums an. Wir erbringen die versicherten Leistungen gemäß § 1.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz für die Zusatzoption ausgeschlossen?

1

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Berufsunfähigkeit gekommen ist.

Ausnahmen von diesem Grundsatz sind in Absatz 2 geregelt.

2

Wir leisten jedoch nicht, wenn die Berufsunfähigkeit verursacht ist:

a) durch innere Unruhen (siehe hierzu § 10 Absatz 1 der Versicherungsbedingungen), sofern die versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse; unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war; außerdem leisten wir, wenn die Berufsunfähigkeit während eines Aufenthalts außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und die versicherte Person als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße sind von diesem Ausschluss nicht betroffen;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung; wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;

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

f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung der Einsatz der Katastrophenschutzbehörden der Bundesrepublik Deutschland bzw. der Bundesländer oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder notwendig ist.

§ 5 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung aufgrund einer Berufsunfähigkeit erhalten möchten?

1

Eine Meldefrist ist nicht zu beachten. Wir bitten Sie jedoch, in Ihrem eigenen Interesse, uns einen möglichen Versicherungsfall unverzüglich anzuzeigen. Eine frühzeitige Meldung erleichtert die Prüfung Ihrer Ansprüche.

2

Zum Nachweis des Versicherungsfalls sind uns auf Kosten des Anspruchstellers folgende Unterlagen einzureichen:

a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte (z. B. Arztbriefe), die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Grad der Berufsunfähigkeit oder über die Pflegebedürftigkeit;

c) Unterlagen über den zuletzt ausgeübten Beruf der versicherten Person, ihre Stellung und Tätigkeit im Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) bei Berufsunfähigkeit infolge Pflegebedürftigkeit zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

3

Wir können außerdem – auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse (z. B. Steuerbescheide, Bilanzen, Gewinn- und Verlustrechnungen, Lohn- und Gehaltsabrechnungen) und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet. Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 Euro pro Übernachtung übernommen. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

4

Grundsätzlich sind uns Originale oder beglaubigte Kopien der jeweiligen Unterlagen vorzulegen. Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen. Zusätzlich können wir die Zahlung einer Leistung von der Vorlage des Versicherungsscheins abhängig machen.

5

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Zusatzoption. Ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Lässt der Versicherte darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Berufsunfähigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

6

Zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte hat die versicherte Person die Möglichkeit, eine allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen einzelfallbezogene Entbindungserklärungen abzugeben.

7

Wenn eine der in den Absätzen 2 bis 6 genannten Pflichten nicht erfüllt wird, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine solche Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

8

Wir können einmalig für längstens 12 Monate ein zeitlich befristetes Anerkenntnis unter einstweiliger Zurückstellung der Frage aussprechen, ob die versicherte Person eine andere Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 2 konkret ausübt. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend.

9

Bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge zu Ihrer Schwere Krankheiten Vorsorge in voller Höhe weiter entrichten.

Bei Anerkennung unserer Leistungspflicht zahlen wir Ihnen die zu viel entrichteten Beiträge zurück.

10

Wir unterstützen und beraten Sie gerne im Versicherungsfall,

insbesondere bei Fragen

– zur Beantragung von Leistungen,

– zum Verfahren der Leistungsprüfung,

– zum Umfang der Leistungen,

– zum Nachweis der Berufsunfähigkeit und der Pflegebedürftigkeit,

– zu den beizubringenden Unterlagen,

– zur Beschreibung der ausgeübten beruflichen Tätigkeit im Rahmen des Leistungsantrags sowie

– zur betrieblichen Umgestaltung bei Selbstständigen.

Gerne können Sie uns hierzu auch anrufen. Alle erforderlichen Formulare, mit denen Sie Leistungen beantragen können, erhalten Sie direkt von uns. Sofern möglich und mit uns vereinbart können Sie auch ein Tele-Interview durchführen, um Leistungen zu beantragen.

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

Innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Eingang der von Ihnen jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen erhalten Sie von uns eine Entscheidung über die Leistungspflicht oder eine Mitteilung darüber, welche weiteren Unterlagen von Ihnen nachzureichen sind bzw. welche weiteren Schritte (z. B. neutrales Gutachten) wir einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig – mindestens alle 6 Wochen – über den aktuellen Bearbeitungsstand informieren.

§ 7 Was gilt für die Nachprüfung der Berufsunfähigkeit?

1

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit im Sinne der §§ 2 bis 4 nachzuprüfen und zu überprüfen, ob die versicherte Person noch lebt. Dabei sind insbesondere Gesundheitsveränderungen (abgesehen von vorübergehenden Änderungen) sowie das konkrete Ausüben einer zumutbaren anderen Tätigkeit im Sinne von § 2 Absatz 2 zu berücksichtigen.

Vorübergehende Besserungen bleiben dabei unberücksichtigt.

Eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

2

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen.

Die Bestimmung des § 5 Absatz 3 gilt entsprechend.

3

Sie sind nicht verpflichtet, uns von sich aus eine Besserung Ihres Gesundheitszustands oder die Aufnahme einer Berufstätigkeit nach Eintritt einer Berufsunfähigkeit, sei es in Ihrem bisherigen oder in einem anderen (neuen) Beruf, anzuzeigen. Erst wenn wir Sie im Rahmen einer Nachprüfung Ihrer Berufsunfähigkeit gemäß den vorherigen Absätzen 1 und 2 danach fragen, sind Sie zur Auskunft verpflichtet. Der Zeitpunkt der Nachprüfung wird individuell nach Sachverhalt (z. B. Beruf, Alter der versicherten Person, Krankheitsbild) festgelegt. Wir werden zu gegebener Zeit auf Sie zukommen. Die Einstellung der Leistung aufgrund einer Nachprüfung erfolgt frühestens nach 6 Monaten, gerechnet ab dem Beginn unserer Leistungspflicht.

4

Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die bedingungsgemäßen Voraussetzungen unserer Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.

5

Endet unsere Leistungspflicht aus der gewählten Zusatzoption, muss die Beitragszahlung in gleicher Höhe wie vor Eintritt der Berufsunfähigkeit wieder aufgenommen werden.

§ 8 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Berufsunfähigkeit?

1

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 5 oder § 7 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Dies gilt insbesondere dann, wenn Sie einer Auskunftserhebung, die für die Leistungsprüfung erforderlich ist, widersprechen oder eine Einzeleinwilligung nicht erteilen. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

2

Weisen Sie uns nach, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

3

Die Ansprüche aus der vereinbarten Zusatzoption bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

4

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir erst ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Mitwirkungspflicht erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Besonderen Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

5

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zu Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge?

1

Die gewählte Zusatzoption bildet mit Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge eine Einheit; sie kann ohne diese Versicherung nicht fortgesetzt werden.

Spätestens mit dem für diese Zusatzoption vereinbarten Ende der Versicherungsdauer oder wenn der Versicherungsschutz aus der Schweren Krankheiten Vorsorge zu einem früheren Zeitpunkt endet, endet auch die Zusatzoption.

2

Ansprüche aus der Zusatzoption, die auf einer Berufsunfähigkeit beruhen, die bereits vor der Kündigung Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge eingetreten sind, werden durch die Kündigung der Schweren Krankheiten Vorsorge nicht berührt.

3

Der Versicherungsschutz aus der gewählten Zusatzoption endet, wenn Sie Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge kündigen.

Wenn der Versicherungsvertrag zu einem späteren Zeitpunkt wieder in Kraft gesetzt wird, können Sie die Zusatzoptionen unter bestimmten Voraussetzungen gemäß § 9 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen wieder einschließen.

4

Bei einer Erhöhung des Beitrags zu Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge erhöht sich der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit entsprechend.

5

Bei einer Reduzierung des Beitrags zu Ihrer Schweren Krankheiten Vorsorge reduziert sich der Versicherungsschutz aus der Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit entsprechend.

6

Eine gegebenenfalls gemäß § 15 der Versicherungsbedingungen vereinbarte planmäßige Erhöhung der versicherten Leistungen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge wird ausgesetzt, wenn Ihre Beitragszahlungspflicht aufgrund eines Versicherungsfalls ruht. Endet die Berufsunfähigkeit vor Ablauf der Versicherungsdauer, besteht Ihre Beitragszahlungspflicht wieder in der Höhe, in der sie im Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalls bestanden hat. Die nächste planmäßige Erhöhung der versicherten Leistung erfolgt dann zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns, der der Wiederaufnahme der Beitragszahlung folgt.

7

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge Anwendung.

§ 10 Keine Überschussbeteiligung

Eine Überschussbeteiligung ist auch ausgeschlossen, soweit die Zusatzoption Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit vereinbart ist.

ANLAGE 4

ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE BESONDERE BEDINGUNGEN FÜR EINE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE GEGEN EINMALBEITRAG

Allgemeine Hinweise:

Die Schwere Krankheiten Vorsorge kann auch gegen Einmalbeitrag abgeschlossen werden.

Diese Besonderen Bedingungen für eine Schwere Krankheiten Vorsorge gegen Einmalbeitrag sind Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life.

Für eine Schwere Krankheiten Vorsorge gegen Einmalbeitrag gelten abweichend bzw. ergänzend zu den Versicherungsbedingungen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge die nachfolgenden Besonderen Bedingungen.

Soweit in diesen Besonderen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, gelten die Regelungen in den Versicherungsbedingungen für die Schwere Krankheiten Vorsorge (im Weiteren „Versicherungsbedingungen“).

§ 1 Zusatzoptionen

1

Die Zusatzoptionen Multi-Pay-Option gemäß § 7 Absatz 1 b) der Versicherungsbedingungen sowie die Beitragsbefreiung bei Berufsunfähigkeit gemäß § 7 Absatz 1 c) der Versicherungsbedingungen können nicht vereinbart werden.

2

Abweichend zu § 7 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge kann eine einmal vereinbarte Zusatzoption während der Versicherungsdauer nicht wieder ausgeschlossen werden.

§ 2 Erhöhung der versicherten Leistungen

1

Abweichend zu § 15 der Versicherungsbedingungen ist die Vereinbarung einer planmäßigen Erhöhung der versicherten Leistungen nicht möglich.

2

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist nach einer erfolgten Risikoprüfung möglich. Für den erhöhten Versicherungsschutz ist ein weiterer Einmalbeitrag zu dem bestehenden Versicherungsvertrag zu leisten. Die Berechnung dieses zusätzlichen Beitrags wird zu den bei Abschluss Ihres Versicherungsvertrags gültigen Rechnungsgrundlagen vorgenommen.

Abweichend zu § 16 Absatz 6 der Versicherungsbedingungen muss der zusätzliche Einmalbeitrag mindestens 1.000 Euro betragen.

Ansonsten gelten die übrigen Regelungen des § 16 der Versicherungsbedingungen hinsichtlich einer Erhöhung der versicherten Leistungen entsprechend.

§ 3 Reduzierung der versicherten Leistungen

Abweichend zu § 16 der Versicherungsbedingungen ist eine Reduzierung der versicherten Leistungen nicht möglich.

§ 4 Zusätzlicher Einmalbeitrag bei Ausübung der Verlängerungsoption

Eine Verlängerung des Versicherungsschutzes nach § 18 der Versicherungsbedingungen ist möglich. Für den verlängerten Versicherungsschutz ist ein weiterer Einmalbeitrag zu dem bestehenden Versicherungsvertrag zu leisten. Die Berechnung dieses zusätzlichen Beitrags wird abweichend zu § 18 Absatz 4 der Versicherungsbedingungen zu den bei Abschluss Ihres Versicherungsvertrags gültigen Rechnungsgrundlagen vorgenommen.

Ansonsten gelten die übrigen Regelungen des § 18 der Versicherungsbedingungen hinsichtlich einer Verlängerung des Versicherungsschutzes entsprechend.

§ 5 Kündigung

Bei einem Versicherungsvertrag gegen Einmalbeitrag haben Sie abweichend zu § 19 Absatz 2 der Versicherungsbedingungen kein Kündigungsrecht. Eine vorzeitige Vertragsbeendigung ist daher nicht möglich.

Eine Rückerstattung des Einmalbeitrags oder eines Teils des Einmalbeitrag ist nicht möglich.

Ein Rückkaufswert fällt nicht an.

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Hohenzollernring 72, 50672 Köln, HRB 34058, AG Köln

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

Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
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:

Kevin Murphy (Vorstandsvorsitzender, irisch), Sylvia Cronin (irisch), Susan Gibson (irisch), Iris Kremers (deutsch), Rose McHugh (irisch), Dr. Igor Radović (österreichisch)

Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung:
Magnus Baumhauer (deutsch)

Stand März 2022

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland
Hohenzollernring 72, 50672 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801
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:
Kevin Murphy (Vorstandsvorsitzender, irisch),
Sylvia Cronin (irisch), Susan Gibson (irisch), Iris Kremers (deutsch),
Rose McHugh (irisch), Dr. Igor Radović (österreichisch)

Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung: Magnus Baumhauer (deutsch)

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

AN SKV 01 03/2022