

VOM GESCHÄFTSPARTNER AUSZUFÜLLEN

__SKV_Antr_30,00_08092017_18-28-28

Firmenname/ Geschäftspartner	
---------------------------------	--

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

PERSÖNLICHE DATEN

Füllen Sie den Antrag bitte vollständig und in Druckschrift aus.

ANTRAGSTELLER

Anrede Frau Herr Firma

Titel, Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

Nationalität deutsch andere*

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet** geschieden verwitwet

Derzeitige Tätigkeit angestellt selbstständig Sonstiges

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 als Keyperson***

Titel, Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum 2 | 9 | 0 | 3 | 2 | 0 | 1 | 3

Derzeitige Tätigkeit Schüler angestellt selbstständig Sonstiges

Nationalität deutsch andere*

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet** geschieden verwitwet

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

ZWEITE ZU VERSICHERNDE PERSON

(falls nicht Antragsteller)

Anrede Frau Herr als Keyperson***

Titel, Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort (Wohnsitz)

Telefon (freiwillige Angabe)

E-Mail (freiwillige Angabe)

Geburtsdatum

Derzeitige Tätigkeit angestellt selbstständig Sonstiges

Nationalität deutsch andere*

Familienstand (freiwillige Angabe) ledig verheiratet** geschieden verwitwet

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) 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 7 lebenslang oder Ziellaufzeit 20 Jahre ab Versicherungsbeginn

LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

Erste zu versichernde Person

Risiko Leben Schutz

Schwere Krankheiten Schutz

Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit

Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz

Versicherte Leistung für schwere Krankheiten € 340.929,00

Versicherte Todesfallleistung € 2.000,00

LEISTUNG IM VERSICHERUNGSFALL

Zweite zu versichernde Person

Risiko Leben Schutz

Schwere Krankheiten 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. *** Automatische Mitversicherung von Kindern ist im Fall der Keypersonabsicherung ausgeschlossen.

ZUSATZOPTIONEN

Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz

Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Gewünschte Monatsrente im Fall der Berufsunfähigkeit

Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit

Erste zu versichernde Person

ja

ja

€ 0,00

ja

Zweite zu versichernde Person

ja

ja

€

(nicht verfügbar)

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,

Nein,

ich beantrage meinen Versicherungsschutz nur inkl. der gewünschten Zusatzoptionen.

BEITRÄGE

Zahlungsweise monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Beitrag € 30,00

PLANMÄSSIGE ERHÖHUNG (Wenn zwei Personen versichert sind, gilt dies für beide zu versichernde Personen.)

Sie können eine jährliche Erhöhung der Leistungen um 3 % beantragen. Standardmäßig erfolgt keine Erhöhung.

Ja, ich wünsche 3 % Erhöhung.

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 und bei Zahlung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Antragsteller erste versicherte Person

nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Zweite zu versichernde Person

Bei Eintritt einer schweren Krankheit und bei Zahlung einer Rente wegen Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Antragsteller zweite versicherte Person

nachfolgend benannte Person:

Name, Vorname(n)

Geburtsdatum

Im Todesfall

Antragsteller 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, Höninger Weg 153a, 50969 Köln (Gläubiger-Identifikationsnummer: DE88ZZZ0000060465)

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. Ich bin damit einverstanden, dass mir der Lastschrifteinzug spätestens 5 Kalendertage vorab angekündigt wird.

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: Wiederkehrende Lastschrift

Frau Herr Firma

Kontoinhaber

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

IBAN

BIC

Kreditinstitut

Datum

Unterschrift des Kontoinhabers

ERKLÄRUNG NACH DEM GELDWÄSCHEGESETZ

Bitte immer vollständig ausfüllen.

Bitte beachten Sie auch die auf der Seite 5 von 5 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)

(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.)

WIRTSCHAFTLICHE BERECHTIGUNG

Der Antragsteller handelt auf eigene Veranlassung

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

Nur bei abweichendem Beitragszahler: Es besteht folgendes Verhältnis zwischen Antragsteller und Beitragszahler (z. B. Art der Verwandtschafts- oder Geschäftsbeziehung):

Der Antragsteller hat sich ausgewiesen durch:

gültigen Personalausweis gültigen Reisepass

Ausweis-Nr.

Ausstellende Behörde

Gültig bis

Geburtsort

Nachname

Vorname(n)

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

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.

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

- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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 Produktinformationsblatt 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, Stand Januar 2017, mit Ergänzenden Hinweisen zum Datenschutz, und die Belehrung über die Folgen einer vorvertraglichen Anzeigepflichtverletzung gemäß § 19 Absatz 5 VVG.

Die auf Seite 5 von 5 stehenden Erklärungen des/der Antragstellers/in zum Widerspruchsrecht 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	
<small>(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter, ab Alter 14 zusätzlich der Minderjährige)</small>	

Unterschrift des Antragstellers u. ggf. Firmenstempel	
---	--

Unterschrift der zweiten zu versichernden Person	
<small>(bei Minderjährigen der/die gesetzliche/n Vertreter, ab Alter 14 zusätzlich der Minderjährige)</small>	

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 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.

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 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 entweder eine Kopie des gültigen Personalausweises/Reisepasses oder 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 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)“.

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 über 25 % der Stimmrechte oder Kapitalanteile hält, 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 risikoe erhöhenden Umstände ersichtlich sind, können wir, wenn der Vertragspartner eine börsennotierte Gesellschaft ist, der Jahresbeitrag 1.000 € nicht übersteigt und auch in Zukunft nicht übersteigen wird bzw. ein Einmalbeitrag nicht mehr als 2.500 € beträgt, es sich um eine sogenannte Basis- bzw. Rürup-Rente oder 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.

Canada Life Assurance Europe plc
Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01
kundenservice@canadalife.de
www.canadalife.de

Hauptsitz:
Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

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



Stand Januar 2017

ANTRAGSTELLER UND ZU VERSICHERNDE PERSON/EN

Antragsteller	Nachname, Vorname	
Erste zu versichernde Person	Nachname, Vorname	
	Derzeitige Tätigkeit	Schüler
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, zahlen wir den Wert des Anteilguthabens, jedoch nicht mehr als die Summe der eingezahlten Beiträge. 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

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	

KINDER-GESUNDHEITSPRAGEN – 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. Ist die zu versichernde Person unter 16 Jahre, fügen Sie diesem Antrag bitte auf alle Fälle die Kopien der letzten 5 Untersuchungen aus dem Kinderuntersuchungsheft der zu versichernden Person bei.

- Bitte geben Sie Größe und Gewicht der zu versichernden Person an.
- Hat sich die zu versichernde Person, bezogen auf die letzten zehn Jahre, Operationen (auch ambulant), Krankenhaus- oder Kuraufenthalten, Rehabilitationen oder Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen unterzogen bzw. sind diese vorgesehen?

Falls Sie Frage 2 mit „ja“ beantwortet haben, machen Sie hier bitte genauere Angaben. Sollte der hier vorgesehene Platz nicht ausreichen, fügen Sie bitte ein gesondertes, von Ihnen datiertes und unterschriebenes Blatt bei.

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

Erste zu versichernde Person

Größe cm Gewicht kg

ja nein

Zweite zu versichernde Person

Größe cm Gewicht kg

ja nein

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

- Bitte geben Sie Ihre Größe und Ihr Gewicht an.
- Haben Sie in den letzten 12 Monaten geraucht?
(Sie werden als Nichtraucher eingestuft, wenn sie in den letzten 12 Monaten vor Antragstellung keinerlei Tabakprodukte oder E-Zigaretten konsumiert haben.)
Falls ja, geben Sie bitte an, was und wie viel Sie täglich geraucht haben.
- Nehmen Sie alkoholische Getränke zu sich?
Falls ja, welche und wie viel durchschnittlich pro Woche?
- Wurde bei Ihnen jemals eine HIV-Infektion (positiver Aids-Test) festgestellt?
- Sind Sie in Beruf oder Freizeit besonderen Gefahren ausgesetzt (z. B. Teilnahme an Wettkämpfen, Motorsport, Tauchen, Boxen, Bergsteigen, Sportfliegen, Drachenfliegen, Fallschirmspringen, sonstige Sportarten mit höherem Risiko, Umgang mit radioaktiven oder gesundheitsgefährdenden Stoffen)?
- Beabsichtigen Sie innerhalb der nächsten 12 Monate einen Auslandsaufenthalt außerhalb der EU von mehr als 6 Monaten?

- Bestehen bei anderen Versicherern bereits Dread Disease, Lebens-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen und/oder stellen oder haben Sie bereits einen entsprechenden Antrag bei einer anderen Gesellschaft gestellt?

- Ist eine ambulante/stationäre Untersuchung (auch Kontrolluntersuchung)/ Behandlung angedacht oder beabsichtigt?

- Diese Frage bitte nur bei einer beantragten Versicherungssumme über 500.000 € für den Schwere Krankheiten Schutz und über 300.000 € für den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz oder von über 2.000 € monatliche Rente (inklusive bereits bestehender Vorversicherungen) Berufsunfähigkeitschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes ausfüllen.

Erste zu versichernde Person

Größe cm Gewicht kg

ja nein

--

ja nein

--

ja nein

ja nein

Falls ja, welchen?

--

ja nein

Falls ja, wo, wie lange und zu welchem Zweck?

--

ja nein

Falls ja, wann, welche Versicherung, bei welcher Gesellschaft und mit welcher Versicherungsleistung (in €)?

--

Erste zu versichernde Person

ja nein

Falls ja, machen Sie hier bitte genauere Angaben.

--

Zweite zu versichernde Person

Größe cm Gewicht kg

ja nein

--

ja nein

--

ja nein

ja nein

Falls ja, welchen?

--

ja nein

--

ja nein

--

Zweite zu versichernde Person

ja nein

Wie hoch war Ihr Bruttoeinkommen (Jahresarbeitslohn ohne Einkünfte aus Vermietung, Verpachtung, Kapitalanlagen etc.) im Durchschnitt der letzten zwei Jahre?

€

€

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 5 JAHRE:

10] 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

ja nein

Falls ja, welche und was ist der Grund der Beeinträchtigung?

11] Wurden für Ihre Person Anträge auf Lebens-, Dread-Disease-, Grundfähigkeits-, Berufs- oder Erwerbsunfähigkeitsversicherungen von anderen Versicherern abgelehnt, zurückgestellt, noch nicht entschieden oder nur zu erschwerten Bedingungen (z. B. Zuschlag, Ausschlussklausel, Staffelung, einschränkende Klausel) angenommen oder angeboten?

ja nein

ja nein

Falls ja, welche Gesellschaft, wann und weshalb?

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

a. Rückenschmerzen, Bandscheibenvorfall oder andere Wirbelsäulenbeschwerden

ja nein ja nein

b. des Bewegungsapparates, Gelenke und/oder Muskeln bzw. im Bindegewebsbereich (z. B. Sprung-, Knie-, Schulter-, Hüftgelenksbeschwerden, Abnutzung, Rheuma, Arthritis, Fibromyalgie)

ja nein ja nein

c. der Psyche, z. B. Depressionen, Neurosen, Angstzustände, Schlafstörungen, Burnout-Syndrom, Nervenzusammenbruch, Selbsttötungsversuch, Essstörung

ja nein ja nein

d. Krebs, Tumore, Knoten, Zysten oder andere gut- oder bösartige Neubildungen wie z. B. Leukämie, Morbus Hodgkin

ja nein ja nein

e. des Herz-Kreislauf-Systems, z. B. Bluthochdruck, Herzrasen, Brustschmerzen, Herzfehler, Herzinfarkt, Veränderungen im EKG, Herzrhythmusstörungen, Erkrankungen der Herzkranzgefäße, Schlaganfall, Gefäßerkrankungen

ja nein ja nein

f. des Gehirns oder der Nerven, z. B. Anfälle, Bewusstseinsverlust, Migräne, Multiple Sklerose, Parkinson-Krankheit, Alzheimer-Krankheit, Sensibilitätsstörung

ja nein ja nein

g. der Nieren oder ableitende Harnwege bzw. Geschlechtsorgane, z. B. Nierenentzündung, Nierenkolik, Eiweißausscheidungen oder Erkrankungen der Prostata, der Blase, der Gebärmutter, der Eierstöcke oder Brustdrüsen

ja nein ja nein

h. der Atmungsorgane, z. B. Asthma, wiederholte oder chronische Bronchitis, Lungenentzündung, Tuberkulose, Emphysem

ja nein ja nein

i. der Sinnesorgane, z. B. Fehlsichtigkeit, grauer oder grüner Star, Netzhautablösung, Sehstörungen (außer Kurz- oder Weitsichtigkeit), Hörstörungen, Hörsturz, Tinnitus, Infektionen

ja nein ja nein

Dioptrien: links rechts links rechts

j. der Verdauungsorgane, z. B. wiederkehrende Verdauungsstörungen, Magengeschwüre, Darmentzündung, Gastritis, wiederkehrende Durchfälle, Gallenbeschwerden, Beschwerden an der Bauchspeicheldrüse

ja nein ja nein

k. der Leber, Drüsen oder des Stoffwechsels (z. B. Diabetes, Cholesterin, Triglyceride, Harnsäure, Gicht, Fettleber, Schilddrüsenstörungen) oder chronische Infektionen (z. B. Hepatitis, HIV)

ja nein ja nein

l. Allergien, Haut oder Schleimhäute (z. B. Heuschnupfen, Schuppenflechte, Neurodermitis, Juckreiz)

ja nein ja nein

m. des Blutes, Lymphsystem oder Milz, z. B. Veränderungen des Blutbildes, Thrombose, Anämie, vergrößerte Lymphknoten, Milzvergrößerung

ja nein ja nein

n. Erlitten Sie Unfälle, Knochenbrüche oder Vergiftungen?

ja nein ja nein

13] Nehmen oder nahmen Sie häufig (zumindest einmal am Tag) oder regelmäßig (über mindestens einen Monat hinweg) Medikamente oder wurden Ihnen solche Medikamente verordnet?

ja nein ja nein

Falls ja, machen Sie hier bitte nähere Angaben.

DIE FOLGENDEN FRAGEN BEZIEHEN SICH AUF DIE LETZTEN 10 JAHRE:

14] Wurden Sie wegen der Folgen von Alkoholgenuß beraten oder behandelt bzw. nehmen oder nahmen Sie Drogen, Betäubungs- und/oder Rauschmittel (z. B. Haschisch, Kokain)?

ja nein

ja nein

Falls ja, welche und in welcher Dosierung?

15] Haben Sie sich Operationen (auch ambulant), Krankenhaus- oder Kur-aufenthalten, Rehabilitationen oder Kontroll-/Nachsorgeuntersuchungen unterzogen bzw. sind diese vorgesehen?

ja nein

ja nein

Falls ja, welche?

16] Wurden bei Ihnen nicht normale Ergebnisse bei Untersuchungen festgestellt (z. B. EKG, Röntgen, Blutdruckmessung, Urin- und Blutuntersuchung)?

ja nein

ja nein

Falls ja, welche?

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

Falls Sie eine oder mehrere der Fragen 12 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, fügen Sie bitte ein gesondertes, von Ihnen **datiertes und unterschriebenes Blatt** bei.

Zu Frage	Betroffene Organe/ Körperteile	Diagnose und -zeitpunkt	Häufigkeit	Folgen der Untersuchung/Operation	Name und Anschrift des Arztes/Krankenhauses
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Falls weitere Unterlagen folgen bzw. beigelegt 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

Ich bin am besten telefonisch erreichbar unter:

Erste zu versichernde Person

Zweite zu versichernde Person

Nachname, Vorname

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 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.

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:

* Der Text der Einwilligungs-/Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt.

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 bebringe.

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 bebringe.

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

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).

Zweite zu versichernde Person

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).

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.: 06102-30618-00, Fax: 06102-30618-01, 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. 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.

Zusätzliche Einwilligung nach dem Bundesdatenschutzgesetz zur Bonitätsabfrage*

Ohne Einfluss auf den Vertrag und jederzeit widerrufbar willige ich ein, dass die Canada Life zum Zwecke des Vertragsabschlusses sowie zu Zwecken der Vertragsverwaltung und -abwicklung Informationen zu meinem Zahlungsverhalten und Bonitätsinformationen auf Basis mathematisch-statistischer Verfahren unter Verwendung von Anschriftendaten von der Infoscore Consumer Data GmbH, Rheinstraße 99, 76532 Baden-Baden, und/oder BÜRGEL Wirtschaftsinformationen GmbH & Co. KG, Postfach 500166, 22701 Hamburg, über die gesetzlich zulässigen Fälle hinaus bezieht und nutzt.

Ort

Datum

Unterschrift Antragsteller und ggf. Firmenstempel

Ort

Datum

Unterschrift der ersten zu versichernden Person

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der Minderjährige)

Ort

Datum

Unterschrift der zweiten zu versichernden Person

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der Minderjährige)

* Diese zusätzliche Einwilligung gemäß § 4a Bundesdatenschutzgesetz ist nicht Teil der mit den Datenschutzbehörden abgestimmten Fassung.

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-Managementgesellschaft	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
Serviceanbieter	Adressaktualisierung
Serviceanbieter	Telefoninterview
Serviceanbieter	Steuerliche Meldepflichten
Serviceanbieter	Druckerei
Serviceanbieter	Lettershop
Serviceanbieter	Aktenarchivierung
Serviceanbieter	Akten-/Datenvernichtung
Serviceanbieter	Marketingagenturen
Serviceanbieter	Risikoprüfungsassistenz
Serviceanbieter	Online Risikoprüfung
Serviceanbieter	Projektberatung bAV
Serviceanbieter	Rehabilitationsdienste
Serviceanbieter	Medizinische Gutachter
Serviceanbieter	Leistungsprüfungsassistenz
Serviceanbieter	Abwicklung Zahlungsverkehr
IT-Dienstleister	Webhosting

Canada Life Assurance Europe plc
Niederlassung für Deutschland
Höninger Weg 153a, 50969 Köln, HRB 34058, AG Köln
Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc
Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg
Telefon: 06102-30618-00, Telefax: 06102-30618-01
kundenservice@canadalife.de
www.canadalife.de

Hauptsitz:
Canada Life Assurance Europe plc
14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland
Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

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



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	<input type="text"/>								
Datum	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>							
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Unterschrift der zu versichernden Person	<input type="text"/>
--	----------------------

(bei Minderjährigen der/die gesetzl. Vertreter; ab Alter 14 zusätzlich der Minderjährige)



**Informationen zur Schweren Krankheiten Vorsorge
von Canada Life ausgestellt für**

Wir freuen uns über Ihr Interesse an der Schweren Krankheiten Vorsorge der Canada Life. In Zeiten, in denen sich die staatliche Leistung immer mehr als Grundversorgung versteht, ist eine zusätzliche Vorsorge wichtiger denn je. Mit Canada Life steht Ihnen ein finanzstarkes Unternehmen mit großer Erfahrung im Bereich der persönlichen Vorsorge zur Seite.

Folgende von Ihnen angegebene Daten legen wir für Ihr Produktinformationsblatt, Ihre „Besonderen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ und für Ihre unverbindliche Beispielrechnung zugrunde:

Zu versichernde Person

Erste zu versichernde Person

Name:	
Eintrittsalter:	4 Jahre
Geburtsdatum:	29.03.2013
Geschlecht:	Weiblich
Raucherstatus:	Nichtraucher

Leistung im Versicherungsfall:

Art des Versicherungsschutzes:	Schwere Krankheiten Schutz
Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten Schutz:	340.929,00 €
Versicherte Todesfall-Leistung:	2.000,00 €
Versicherungsbeginn:	01.10.2017
Ziellaufzeit des Versicherungsvertrages bis:	01.10.2037
Monatlicher Beitrag:	30,00 €
Zugrunde liegender Fonds:	Setanta Managed Fonds

I. Produktinformationsblatt der Canada Life für die Schwere Krankheiten Vorsorge

Dieses Produktinformationsblatt liefert Ihnen eine Übersicht über die wesentlichen Merkmale des Versicherungsvertrages. Verweise auf Paragraphen beziehen sich auf die Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge, die Ihnen gemeinsam mit diesem Produktinformationsblatt übergeben und auf Anforderung jederzeit erneut überlassen werden. Die Informationen sind nicht abschließend, sondern lediglich als einführende Informationen zur Schwere Krankheiten Vorsorge zu verstehen, die Ihrer ersten Orientierung dienen sollen.

1. Was ist die Schwere Krankheiten Vorsorge?

Die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life ist eine fondsgebundene Risiko-Lebensversicherung.

Es können als Zusatzoptionen eine Leistung in Form einer einmaligen Kapitalleistung bei Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit („Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz“), eine Rente bei Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes sowie Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart werden. Die Vereinbarung einer Zusatzoption ist in Ihrem Versicherungsschein bestätigt.

2. Welche Risiken werden durch die Schwere Krankheiten Vorsorge versichert? Welche Leistung erhalten Sie aus der Schwere Krankheiten Vorsorge?

Da Sie den Schwere Krankheiten Schutz gewählt haben, erhalten Sie bei Eintritt einer von 46 bestimmten schweren Krankheiten eine einmalige Kapitalleistung, vgl. § 3. Es besteht außerdem Todesfallschutz vor dem 100. Geburtstag der versicherten Person mit einer Versicherungssumme von 2.000 €.

Kinder der versicherten Person sind ab dem 30. Tag nach der Geburt bis zum 18. Geburtstag gegen 45 versicherte Krankheiten automatisch mitversichert, nicht aber im Todesfall.

Bitte beachten Sie, dass sich die aufgeführten Leistungen für automatisch mitversicherte Kinder reduzieren. Den Umfang der Reduzierung können Sie den §§ 4 bis 6 entnehmen.

Bitte beachten Sie auch unbedingt die Ausschlüsse unter Ziffer 4 dieses Produktinformationsblattes und § 11.

3. Wie hoch sind Ihre Beiträge, wann sind diese fällig und wie lange sind Beiträge zu zahlen? Welche Kosten und Gebühren fallen an?

Ihre Beiträge betragen monatlich 30,00 €.

Bei Vertragsschluss wird der Beitrag unter Annahmen über die Wertentwicklung des Fonds, die Höhe der Kosten und Gebühren über die Dauer des Vertrages sowie unter Berücksichtigung der gewählten Ziellaufzeit festgelegt. Ziel ist es, mit dem Beitrag den gewählten Schutz bis zum Ende der Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Es wird spätestens 5 Jahre nach Versicherungsbeginn eine Vertragsüberprüfung erfolgen. Zu den Einzelheiten lesen Sie bitte § 32 sowie die wichtigen Hinweise in Abschnitt II., Teil I, Ziffer 3 b) (3) der „Besonderen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“.

Der erste Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist zur Zahlung fällig, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt haben, nicht jedoch vor dem im Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn.

Alle weiteren laufenden Beiträge sind zum jeweiligen folgenden Fälligkeitstermin während der vereinbarten Beitragszahlungsdauer zu zahlen.

Da der Vertrag eine lebenslange Ziellaufzeit ermöglicht, besteht die Beitragszahlungsdauer grundsätzlich lebenslang. Falls Sie eine kürzere als lebenslange Ziellaufzeit für Ihren Versicherungsschutz gewählt haben, ist es möglich, dass Ihr Beitrag erhöht werden muss, wenn Sie nach Ablauf der Ziellaufzeit den Vertrag fortführen möchten, siehe § 32. Nach Feststellung des Versicherungsfalls kann die Beitragszahlungspflicht weiterhin bestehen, wenn danach weiterer Schutz besteht.

Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, 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 zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Bitte beachten Sie auch § 15.

Für den von Ihnen gewünschten Versicherungsschutz fallen Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe von 1.060,20 € an. Diese sind bereits in Ihre Beiträge einkalkuliert und werden nicht gesondert erhoben. Sie dienen insbesondere auch der Einrichtung Ihres Vertrages und der Deckung der hierdurch entstehenden Kosten der Canada Life.

Bitte beachten Sie, dass weitere Kosten entstehen, die auch bereits in Ihre Beiträge einkalkuliert sind. Diese sind u.a. von den gewählten Zusatzoptionen abhängig. Weitere Einzelheiten zu den Kosten finden Sie in § 31 und unter Abschnitt II., Teil I, Ziffer 1 der „Besonderen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“.

Ihr Versicherungsvertrag besteht auf unbestimmte Zeit.

Während der Laufzeit wird eine monatliche Verwaltungsgebühr in Höhe von 5,80 € erhoben, jährlich also 69,60 €.

Diese Verwaltungsgebühr kann sich gemäß § 31 abhängig von der tatsächlichen Kostenentwicklung während der Laufzeit des Vertrags erhöhen oder verringern.

Ihr auf das Jahr gerechneter Beitrag beträgt 360,00 €.

Weitere Informationen zu Ihrem Beitrag finden Sie am Anfang von diesem Abschnitt 3.

Sofern im Rahmen der Bearbeitung Ihres Antrages oder im Leistungsfall weitere Kosten aufgrund der von Ihnen im Einzelfall zu erteilenden Schweigepflichtentbindungen entstehen, so können wir Ihnen für jede Schweigepflichtentbindungserklärung im Einzelfall 15 € in Rechnung stellen.

Bitte beachten Sie zu weiteren sonstigen Kosten auch Abschnitt III., Ziffer 5 der „Allgemeinen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“.

4. Welche Leistungs- und Risikoausschlüsse gibt es?

Grundsätzlich erhalten Sie die vereinbarte Leistung gemäß Seite 1 dieses Produktinformationsblattes, die jedoch in den Versicherungsbedingungen genauer beschrieben wird.

Für unsere Leistungspflicht im Todesfall gibt es grundsätzlich keine Leistungs- oder Risikoausschlüsse. Bitte beachten Sie jedoch die Einschränkungen in Abschnitt II., Teil I, Ziffer 3.b) der „Besonderen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ bezüglich der Höhe der Leistung bei versicherten Personen, die das 7. bzw. 14. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Allerdings kann unsere Leistungspflicht in bestimmten Fällen entfallen:

- > Wird der Leistungsfall beispielsweise wissentlich und willentlich durch Sie selbst oder eine versicherte Person bzw. ein automatisch mitversichertes Kind herbeigeführt, so müssen wir nicht leisten.
- > Dies gilt auch, wenn der Versicherungsfall, außer dem Todesfall, zumindest auch wegen Alkohol-, Drogenmissbrauchs oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauchs eingetreten ist oder der Leistungsfall zumindest auch auf einen Immunschwächevirus (HIV), einen positiven HIV-Befund oder erworbene Immunschwächekrankheiten zurückzuführen ist. Ausnahmen bestehen bei Infektion durch Bluttransfusion oder als Folge beruflicher Tätigkeit und ggf. im Todesfall (vgl. § 11).
- > Wird der Versicherungsfall durch Strahlen aufgrund von Kernenergie herbeigeführt, entfällt unsere Leistungspflicht. Ausnahmen gelten, wenn die versicherte Person diesem Risiko berufsmäßig ausgesetzt ist oder wenn eine Bestrahlung zu Heilzwecken erfolgt.

Unsere Leistungspflicht beschränkt sich gemäß § 11 auf die Auszahlung des Anteilguthabens, wenn der Leistungsfall aufgrund der Ausführung bestimmter kriegerischer oder feindseliger Handlungen eingetreten ist.

Beim Versicherungsschutz für automatisch mitversicherte Kinder gelten folgende zusätzliche Ausschlüsse:

- > Es besteht keine Leistungspflicht, wenn der Versicherungsfall durch einen Gesundheitszustand eintritt, der bei einer schweren Krankheit bei dem Kind bereits vor dem 30. Tag nach der Geburt diagnostiziert war oder die Diagnose einem Elternteil bekannt war oder bekannt sein musste.
- > Außerdem besteht keine Leistungspflicht, wenn der Todesfall durch einen Gesundheitszustand eintritt, der bei dem Kind bereits vor dem 3. Lebensmonat diagnostiziert war oder die Diagnose einem Elternteil bekannt war oder bekannt sein musste.

Außerdem gibt es spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Krankheiten. Diese sind unter der Definition der jeweiligen Krankheit in der Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge aufgeführt.

Bitte lesen Sie die Leistungs- und Risikoausschlüsse in § 11 und der Anlage 1 der Versicherungsbedingungen zur Schwere Krankheiten Vorsorge sorgfältig durch, damit Sie wissen, in welchen Fällen unsere Leistungspflicht entfällt.

5. Welche Bedeutung haben die von uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung oder die im Rahmen der Risikoprüfung gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

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.

Bitte prüfen Sie in Ihrem eigenen Interesse, ob z.B. bei den Gesundheitsfragen im Antrag auch nichts vergessen wurde.

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.

Falsche oder unvollständige Angaben berechtigen uns abhängig davon, ob Ihnen oder der versicherten Person ein Verschulden und wenn ja, in welchem Umfang, vorzuwerfen ist, den Vertrag anzufechten, von ihm zurückzutreten, ihn zu kündigen oder ihn rückwirkend anzupassen. Die Einzelheiten hierzu ergeben sich aus § 12.

Wenn der Vertrag durch Rücktritt oder Anfechtung aufgehoben wird, entfällt der Versicherungsschutz rückwirkend und wir zahlen den Wert des Anteilguthabens, jedoch nicht mehr als die Summe der eingezahlten Beiträge. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts oder der Anfechtung gezahlt wurden, können Sie nicht verlangen. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, ohne gleichzeitig den Versicherungsvertrag anzufechten, bleibt unsere Leistungspflicht unter bestimmten Voraussetzungen (siehe § 12) bestehen.

6. Was haben Sie während der Laufzeit zu beachten?

Abgesehen von der Beitragszahlungspflicht haben Sie während der Laufzeit bis zum Eintritt eines Versicherungsfalls keine besonderen Pflichten. Wir empfehlen Ihnen aber dringend, uns jede Ihre Person betreffende Änderung oder, soweit nicht mit Ihnen identisch, der versicherten Person/en unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Wir dürfen davon ausgehen, dass die uns zuletzt mitgeteilten Daten noch aktuell sind, und können Sie dann u.U. nicht erreichen.

7. Was haben Sie im Leistungsfall zu beachten?

Wenn Sie Versicherungsleistungen geltend machen, sollten Sie sich unverzüglich schriftlich an uns wenden. Sie sollten dies tun, sobald Sie den Eindruck haben, ein Versicherungsfall könnte vorliegen. Bitte beachten Sie, dass wir die Erbringung von Versicherungsleistungen von der Vorlage bestimmter Unterlagen abhängig machen können, die dem Nachweis unserer Leistungspflicht dienen. Darüber hinaus können wir zum Nachweis unserer Leistungspflicht Ihre Mitwirkung bzw. die der versicherten Person einfordern. So können wir etwa die Vorlage einer Geburtsurkunde oder ärztlicher Bescheinigungen, Atteste sowie Untersuchungen verlangen. Bei Nichtbeachtung kann sich unsere Versicherungsleistung verzögern, oder wir sind unter Umständen nicht zur Leistung verpflichtet.

Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit und ihren Umfang nachzuprüfen. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Wenn diese Pflichten von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt werden, können wir die Leistungen nach schriftlicher Erklärung mit Frist von 3 Monaten einstellen. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflichten bleiben die Ansprüche jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Pflichten später erfüllt werden, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Pflichten erfüllt werden, zur Leistung verpflichtet.

Bitte lesen Sie zu den Einzelheiten §§ 28 und 30.

8. Welche Laufzeit hat Ihr Vertrag?

Die Schwere Krankheiten Vorsorge beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den ersten Beitrag gezahlt haben. Der Versicherungsvertrag beginnt jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

Die Schwere Krankheiten Vorsorge besteht auf unbestimmte Zeit. Sie erlischt in den in den Versicherungsbedingungen gesondert geregelten Fällen sowie in jedem Fall bei Beendigung des Versicherungsvertrages. Bitte lesen Sie hierzu § 14.

9. Welche Möglichkeiten haben Sie, den Vertrag zu beenden?

Sie können Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge jederzeit kündigen.

Bei Kündigung zahlen wir den Wert Ihres Anteilguthabens (vgl. Abschnitt II., Teil I, Ziffer 3. der „Besonderen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ und Abschnitt III. Ziffer 10. der „Allgemeinen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“), jedoch nicht mehr als die Summe der bis zur Kündigung eingezahlten Beiträge. Die Rückzahlung der von Ihnen geleisteten Beiträge können Sie nicht verlangen.

Bitte lesen Sie hierzu unbedingt § 19 sowie ergänzend die „Besonderen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ unter Abschnitt II., Teil I, Ziffer 3.

II. Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge

Teil I

Nachfolgend geben wir Ihnen in diesem Abschnitt II. einige für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge einschlägige individuelle Informationen. Um Ihnen das Auffinden dieser auf Sie zugeschnittenen individuellen Informationen zu erleichtern, haben wir sie als „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“, unterteilt in Teil I und Teil II, vorangestellt.

Die auf uns oder das Produkt Schwere Krankheiten Vorsorge allgemein bezogenen Informationen finden Sie im Abschnitt III. „Allgemeine Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“. Verweise auf Paragraphen in den folgenden Informationen beziehen sich auf die Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge, die Ihnen gemeinsam mit diesen Informationen übergeben und auf Anforderung jederzeit erneut überlassen werden.

1. Welche Kosten sind in Ihre Beiträge einkalkuliert?

Auf Basis der zugrunde liegenden Vertragsdaten ergeben sich nachstehende Kosten für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge. Diese sind bereits in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden nicht gesondert erhoben.

a. Abschluss- und Vertriebskosten

Die gesamten eingerechneten Abschluss- und Vertriebskosten betragen 1.060,20 €. Sie dienen insbesondere auch der Einrichtung Ihres Vertrages und der Deckung der hierdurch entstehenden Kosten der Canada Life.

b. Weitere in Ihre Beiträge einkalkulierte Kosten

Verwaltungsgebühr und Kosten für die Zuweisung von Anteilen

Ihr Versicherungsvertrag besteht auf unbestimmte Zeit.

Während der Laufzeit wird eine monatliche Verwaltungsgebühr in Höhe von 5,80 € erhoben, jährlich also 69,60 €.

Diese Verwaltungsgebühr kann sich gemäß § 31 abhängig von der tatsächlichen Kostenentwicklung während der Laufzeit des Vertrags erhöhen oder verringern.

Ihr auf das Jahr gerechneter Beitrag beträgt 360,00 €.

Weitere Informationen zu Ihrem Beitrag finden Sie unter Ziffer 3 des Produktinformationsblatts.

Für Ihren Beitrag von 360,00 € betragen die Kosten für die Zuweisung von Anteilen 35,10 € pro Jahr für die Beitragszahlungsdauer. Falls nach einer Vertragsüberprüfung ein höherer Beitrag fällig werden sollte (siehe § 32), erhöhen sich diese Kosten entsprechend.

Fondsverwaltungskosten

Außerdem entstehen Kosten für die Fondsverwaltung, u.a. für die Ausführung der Anlagestrategie gemäß den entsprechenden Anlagegrundsätzen. Die tatsächliche Höhe dieser Kosten für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge hängt von der Höhe Ihres Fondsguthabens und der jeweils aktuellen Höhe der Fondsverwaltungskosten ab. Die Fondsverwaltungskosten betragen derzeit 1,5 % des Fondsguthabens pro Jahr. Diese Kosten sind in der Festsetzung der Anteilspreise bzw. der Höhe Ihres Anteilguthabens schon berücksichtigt und werden also nicht gesondert Ihren Beiträgen belastet.

Bei Fondsverwaltungskosten von 1,5 % p.a. würden die Fondsverwaltungskosten derzeit pro 1.000 € Fondsguthaben 15 € jährlich betragen. Die Höhe der tatsächlich erhobenen Fondsverwaltungskosten steigt oder sinkt mit den Schwankungen des Fondsguthabens

Beispiel

Bei einer angenommenen Wertentwicklung Ihres Anteilguthabens von 6 % p.a. würden im 10. Jahr die obigen Kosten insgesamt 125,91 € betragen¹⁾. Bitte beachten Sie jedoch, dass diese Angabe nur als Beispiel dienen kann. Die tatsächlich anfallenden Kosten werden während der Ziellaufzeit von Jahr zu Jahr unterschiedlich sein. Weiterhin werden Sie als vertragstreuer Kunde während der Ziellaufzeit eine teilweise Rückerstattung dieser Kosten in Form von Treueboni erhalten, die Ihrem Vertrag als zusätzliche Anteile zugewiesen werden. Bitte lesen Sie hierzu § 27.

¹⁾Das mögliche Anteilguthaben ist nicht garantiert. Diese Angabe berücksichtigt u.a. eine mögliche Anpassung der Verwaltungsgebühr. Bitte lesen Sie Ihre Beispielrechnung unter Abschnitt II., Teil I, Ziffer 3 „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“. Die angenommene Wertentwicklung der Anteile versteht sich nach Abzug der Fondsverwaltungskosten von derzeit 1,5 % p.a.

Risikokosten

Zur Deckung der Risikokosten erheben wir gesonderte Gebühren, deren Höhe von uns bei Vertragsabschluss bzw. bei jeder erneuten Risikoprüfung nach den in § 33 genannten Kriterien festgelegt wird.

Weitere Informationen hinsichtlich der Kosten für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge finden Sie in § 31 und 33 sowie in dem Produktinformationsblatt und unter Abschnitt III., Ziffer 5 der „Allgemeinen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“.

2. Sind Sie an Überschüssen beteiligt?

Eine Überschussbeteiligung ist ausgeschlossen.

Sie sind an den Erträgen des Fonds im Rahmen der Versicherungsbedingungen gemäß § 36 beteiligt.

Da wir Kosten nur nach dem tatsächlichen Bedarf erheben, findet auch keine Beteiligung aus Kostenüberschüssen statt.

3. Anteilguthaben

Bei den von Ihnen gewünschten Vertragsdaten ergibt sich folgende unverbindliche Beispielrechnung, bei der wir verschiedene Annahmen zur Wertentwicklung des Anteilguthabens zugrunde gelegt haben. Um Ihnen einen umfassenden Überblick zu geben, stellen wir dabei das jeweilige Anteilguthaben der Summe der eingezahlten Beiträge gegenüber. Diese Beispielrechnung ist jedoch keine Modellrechnung im Sinne des § 154 VVG, da das Gesetz für fondsgebundene Risiko-Lebensversicherungen wie die Schwere Krankheiten Vorsorge dies nicht vorsieht.

a) Unverbindliche Beispielrechnung: mögliche Wertentwicklung des Anteilguthabens Ihrer Schwere Krankheiten Vorsorge

Die folgende unverbindliche Beispielrechnung dient ausschließlich zu Illustrationszwecken in Bezug auf die Auszahlung im Versicherungsfall bzw. Wertentwicklung des Anteilguthabens über die Ziellaufzeit des Versicherungsvertrags. Die Wertentwicklung des Anteilguthabens ist für die Höhe der Auszahlung im Leistungsfall von Bedeutung, da wir den Wert des Anteilguthabens auszahlen, falls dieser zum Zeitpunkt des Versicherungsfalles für die versicherte Person höher als die versicherte(n) Leistung(en) ist (siehe oben unter Abschnitt I., Ziffer 2 des „Produktinformationsblatts für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“).

Wir haben die folgenden Grundlagen für die Beispielrechnung verwendet:

- > Aus Gründen der Übersichtlichkeit geben wir nur die höchste der von Ihnen für eine versicherte Person gewählten versicherten Leistungen an (siehe oben unter Abschnitt I., Ziffer 2 des „Produktinformationsblatts für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“). Wir berücksichtigen aber die Kosten für den gesamten Schutz sowie alle anderen in Ihre Beiträge einkalkulierten Kosten und Gebühren.
- > Die jeweilige angenommene Wertsteigerung der Fondsanteile ist nach Abzug der Fondsverwaltungskosten angegeben.
- > In der Berechnung ist ein möglicher Anstieg der monatlichen Verwaltungsgebühren in Höhe von 3 % p. a. berücksichtigt.
- > Der Rücknahmekurs der Fondsanteile wird als Berechnungsgrundlage für die Beispielrechnung verwendet.
- > Falls Sie die planmäßige Erhöhung der Leistung mit einer entsprechenden Anpassung des Beitrages vereinbart haben, ist dieses ebenfalls berücksichtigt. Da nicht anders darstellbar, beruht die Beispielrechnung auf Ihrem anfänglich vereinbarten Versicherungsbeitrag.
- > Eine mögliche Änderung des Beitrags aufgrund einer Vertragsüberprüfung ist nicht berücksichtigt.

Mögliche Auszahlung im Versicherungsfall bzw. Wertentwicklung des Anteilguthabens unter der Annahme unterschiedlicher, gleich bleibender jährlicher Wertsteigerungen der Fondsanteile von (in €)¹⁾:

Vers.- jahr	Summe der eingezahlten Beiträge (in €)	Auszahlung im Versicherungsfall für die höchste versicherte Leistung				Wertentwicklung des Anteilguthabens ²⁾			
		2%	4%	6%	8%	2%	4%	6%	8%
1	360,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
2	720,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
3	1.080,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
4	1.440,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
5	1.800,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
6	2.160,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
7	2.520,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
8	2.880,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
9	3.240,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
10	3.600,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
11	3.960,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
12	4.320,00	340.929	340.929	340.929	340.929	0	0	0	0
15	5.400,00	340.929	340.929	340.929	340.929	112	115	119	122
20	7.200,00	340.929	340.929	340.929	340.929	85	104	125	148

¹⁾ Die Darstellung der Beiträge und Werte erfolgt maximal bis zu einem Alter der versicherten Person von 100 Jahren.

²⁾ Bei Kündigung zahlen wir Ihnen den Wert Ihres Anteilguthabens, jedoch nicht mehr als die Summe der bis zur Kündigung gezahlten Beiträge (siehe Spalte 2 „Summe der eingezahlten Beiträge“). Ist Ihr Anteilguthaben höher als die Summe Ihrer eingezahlten Beiträge, können Sie, anstatt den Vertrag zu kündigen, an der Wertentwicklung teilhaben, indem Sie z.B. Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder die Versicherungssumme erhöhen lassen.

b) Wichtige allgemeine Hinweise zu der Beispielrechnung

Bitte beachten Sie, dass der jährliche Wertzuwachs der Fondsanteile erfahrungsgemäß Schwankungen unterliegt und dass der angegebene Wertzuwachs der Fondsanteile sowie die Auszahlung bei Kündigung nicht garantiert sind und niedriger als die dargestellten Werte sein können. Sie können auch höher ausfallen, aber die Auszahlung bei Kündigung beläuft sich höchstens auf die Summe der eingezahlten Beiträge. Die Auszahlung im Versicherungsfall ist nur in Höhe der versicherten Leistung(en) garantiert und nur insofern, als der Schutz im Leistungsfall besteht. Die bisherige oder zukünftige Höhe des Wertzuwachses der Fondsanteile (und dadurch der Auszahlung im Versicherungsfall oder bei Kündigung) kann aus den Beispielrechnungen nicht abgeleitet werden. Diese kann sowohl insgesamt als auch aufgrund der angesprochenen Schwankungen für einzelne Jahre höher oder niedriger als die angegebenen Werte sein. Dies hängt u.a. von der tatsächlichen Wertentwicklung der Vermögenswerte des zugrunde liegenden Fonds ab.

(1) Besonderheiten bei Kindern als versicherten Personen

Bis zum vollendeten 7. Lebensjahr der versicherten Person ist die Todesfallleistung auf maximal 8.000 € begrenzt. Zwischen dem 8. und 15. Lebensjahr der versicherten Person beträgt die Todesfallleistung maximal 100.000 €. Im Fall einer schweren Krankheit ist unsere Leistung bei versicherten Personen bis zum 15. Lebensjahr auf maximal 150.000 € begrenzt. Es ist aber bei Vertragsabschluss möglich, für Kinder vor dem 15. Lebensjahr auch eine höhere Versicherungssumme zu beantragen. Dies erspart eine spätere, erneute Gesundheitsprüfung nach Erreichen des 15. Lebensjahres. Die Risikoprüfung bei Vertragsabschluss erfolgt für die gewählte höhere Versicherungssumme und die entsprechenden Risikokosten werden schon von Vertragsbeginn an erhoben. Im Leistungsfall vor dem 15. Lebensjahr des versicherten Kindes gilt jedoch der oben genannte maximale Auszahlungsbetrag in Höhe von 150.000 €. Wenn Sie erst nach Erreichen des 15. Lebensjahres der versicherten Person eine Erhöhung der Versicherungssumme auf über 150.000 € wünschen, hängt dies allerdings von unserer erneuten Risikoprüfung ab.

(2) Vertragsüberprüfungen

Um Ihren Beitrag bei Vertragsabschluss zu berechnen, machen wir Annahmen über die Wertentwicklung des Fonds und die Höhe der Kosten und Gebühren über die Dauer des Versicherungsvertrags. Dabei gehen wir von einer durchschnittlichen Wertentwicklung des Fonds von 6 % pro Jahr (nach Abzug von Fondsverwaltungskosten) aus. Wir berücksichtigen auch die von Ihnen gewählte Ziellaufzeit. Unter Anwendung dieser Annahmen würde der vereinbarte Beitrag ausreichen, um den vereinbarten Schutz bis zum Ablauf der Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Die tatsächliche Wertentwicklung des Fonds und dadurch Ihres Anteilguthabens ist aber nicht vorhersehbar und Änderungen der Kosten und Gebühren sind möglich. Wenn die Wertentwicklung des Fonds niedriger oder die Kosten und Gebühren höher als angenommen ausfallen, wird Ihr Beitrag nicht ausreichen, um den vereinbarten Schutz für die Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Deswegen nehmen wir in gewissen Abständen planmäßige Vertragsüberprüfungen vor. Wir nehmen auch bei Vertragsänderung oder im Leistungsfall, wenn danach weiterhin Schutz besteht, außerplanmäßige Vertragsüberprüfungen vor. Nach der Vertragsüberprüfung teilen wir Ihnen den ggf. geänderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung notwendig sein wird, um den vereinbarten Schutz unter Annahme folgender Ziellaufzeiten aufrechtzuerhalten:

- > bis zur nächsten planmäßigen Vertragsüberprüfung.
- > bis zum Ende der von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählten Ziellaufzeit.

Sie können dann wählen, welche Ziellaufzeit Sie wünschen, und den entsprechenden Beitrag zahlen. Wenn wir Ihnen die Notwendigkeit eines erhöhten Beitrags im Rahmen einer Vertragsüberprüfung mitgeteilt haben, Sie aber weder Ihre Beitragszahlung entsprechend erhöhen noch den Schutz entsprechend verringern, erlischt Ihr Versicherungsvertrag, falls sich das Anteilguthaben vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert. Wenn Sie jedoch den von uns mitgeteilten Beitrag zahlen, bleibt der Versicherungsvertrag bis zur nächsten Vertragsüberprüfung bestehen, auch wenn das Anteilguthaben sich zuvor auf null verringern sollte.

(3) Lebenslange Versicherbarkeit

Wir werden bei keiner Vertragsüberprüfung eine erneute Risikoprüfung vornehmen, es sei denn, dass Sie eine Erhöhung oder Erweiterung des Schutzes außerhalb des Rahmens unserer Nachversicherungsgarantie beantragen. In diesem Umfang sind beide versicherte Personen durch uns lebenslang versicherbar.

(4) Ihre Ziellaufzeit

Die von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählte Ziellaufzeit hat eine bedeutende Auswirkung auf die zukünftig notwendige Beitragshöhe. Da die Kosten des Versicherungsschutzes mit zunehmendem Alter steigen, zahlen Sie für den gleichen Schutz bei einer kürzeren Ziellaufzeit weniger als bei einer längeren Ziellaufzeit. Wenn Sie aber eine kürzere Ziellaufzeit wählen und später die Ziellaufzeit verlängern möchten, ist es wahrscheinlich, dass Sie dann einen höheren Beitrag zahlen würden, als wenn Sie sich ursprünglich für die längere Ziellaufzeit entschlossen hätten. Der Unterschied ist anhand folgenden Vergleichs ersichtlich:

	Beitrag bei Vertragsabschluss für die versicherte Person gemäß gewähltem Schutz	Voraussichtlicher Beitrag für einen weiteren Zeitraum von 10 Jahren nach Ablauf von 20. Jahren seit Vertragsabschluss ¹⁾
Für die gewählte Ziellaufzeit von 20. Jahren	30,00 €	65,46 € ²⁾
Für eine Ziellaufzeit von 30 Jahren	32,40 €	32,40 € ³⁾

¹⁾ aufgrund der angegebenen persönlichen Daten aber unter der Annahme, dass die versicherte Person um 20 Jahre älter ist

²⁾ aufgrund der Annahme, dass für die versicherte Person ein neuer Versicherungsvertrag mit unverändertem Schutz und unveränderten Annahmen über die Wertentwicklung des Fonds und die Höhe der Kosten und Gebühren abgeschlossen wird

³⁾ bei angenommener planmäßiger Vertragsüberprüfung zu diesem Zeitpunkt auf der Grundlage, dass die bei Vertragsabschluss gemachten Annahmen über die Wertentwicklung des Fonds und die Höhe der Kosten und Gebühren eingetreten sind und keine Veränderung dieser Annahmen für die Zukunft notwendig ist

4. Können Sie Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge beitragsfrei stellen?

Sie können Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge jederzeit zum nächsten Fälligkeitstag für einen von Ihnen bestimmten Zeitraum durch entsprechende Erklärung beitragsfrei stellen. Voraussetzung ist, dass Ihr Anteilguthaben zu Beginn der beabsichtigten Beitragsfreistellung mindestens 500,00 € beträgt.

Ob eine Beitragsfreistellung möglich ist, teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit. Ist dies nicht der Fall, behandeln wir die Beitragsfreistellung wie eine Kündigung und zahlen Ihnen den Wert Ihres Anteilguthabens aus, jedoch nicht mehr als die Summe der bis zur Kündigung eingezahlten Beiträge.

Das vorstehend unter Abschnitt I. abgedruckte „Produktinformationsblatt für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ und die unter Abschnitt II. abgedruckten „Besonderen Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge, Teil I“ sind Bestandteil der Informationen zu Ihrer Schwere Krankheiten Vorsorge. Die Informationen setzen sich in einem weiteren Ausdruck, den Sie in der Ihnen übergebenen Mappe finden, unter Abschnitt II. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge, Teil II“ und Abschnitt III. „Allgemeine Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ fort und bilden insgesamt eine Einheit.

II. 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 III. 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 den Abschnitt I. „Produktinformationsblatt der Canada Life für die Schwere Krankheiten Vorsorge“ und den Abschnitt II. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge, Teil I“ fort.

5 Welche Auswirkungen hat eine Beitragsfreistellung?

Während der Beitragsfreistellung entfällt Ihre Pflicht zur Zahlung von Beiträgen. Vereinbarte planmäßige Beitragserhöhungen werden ausgesetzt. Es wird kein Treuebonus gewährt. Das Recht, von der Nachversicherungsgarantie gemäß § 21 Gebrauch zu machen, entfällt und lebt nicht wieder auf.

Während der Beitragsfreistellung fallen weiterhin alle für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge geltenden Kosten und Gebühren an.

Haben Sie Schutz für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart, ruht der Versicherungsschutz während der Dauer der Beitragsfreistellung und es werden hierfür keine weiteren Kosten erhoben.

Der Versicherungsschutz bleibt ansonsten unverändert bestehen, bis das Anteilguthaben sich auf null verringert. Die genauen Auswirkungen der Beitragsfreistellung können Sie der neuen Beispielrechnung entnehmen, welche wir Ihnen dann übersenden werden.

Wenn der Wert Ihres Anteilguthabens nicht weiter ausreicht, um die Kosten und Gebühren zu decken, erlischt der gesamte Vertrag.

Nähere Einzelheiten hierzu können Sie § 18 entnehmen.

6 In welchem Umfang können Sie Ihren Beitrag reduzieren?

Eine Beitragsreduktion ist bei monatlicher Zahlungsweise bis auf einen Mindestbeitrag von 30 € möglich. Bei vierteljährlicher, halbjährlicher und jährlicher Zahlungsweise ist der Mindestbetrag mit 3, 6 bzw. 12 zu multiplizieren.

Die Versicherungsleistung sinkt entsprechend. Die genauen Auswirkungen auf die Versicherungsleistung können Sie der neuen Beispielrechnung entnehmen, welche wir Ihnen dann übersenden werden.

7 Garantie des Anteilguthabens

Für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge gewähren wir keine Garantie des Anteilguthabens, da es sich um eine fondsgebundene Risikolebensversicherung handelt, bei der Sie an den Chancen und Risiken des Kapitalmarktes direkt teilnehmen.

8 In welchen Fonds werden Ihre Beiträge eingezahlt? Wie wird er verwaltet?

Die von Ihnen gezahlten Beiträge werden im Setanta Managed Fonds, einem internen Fonds der Canada Life Assurance Europe plc, angelegt und verwaltet, soweit sie nicht zur Abdeckung der Kosten und Gebühren verwandt werden.

Der Fonds ist ein Anlagestock, den wir für die Versicherungsnehmer der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life eingerichtet haben. Der Fonds ist ein interner, in gleichwertige Anteile aufgeteilter Fonds, der nicht öffentlich an einer Börse gehandelt wird.

Der Fonds wird durch eine Fondsgesellschaft („Fondsmanager“) verwaltet. Den Namen des Fondsmanagers teilen wir Ihnen im Versicherungsschein sowie bei späteren Änderungen mit. Die Auswahl des Fondsmanagers treffen wir mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns.

Das Vermögen des Fonds wird in Abstimmung mit dem von uns beauftragten Fondsmanager wie folgt investiert:

- Maximal 90 % des Vermögens des Fonds werden zeitgleich in nationale und internationale Aktien und Grundstücke investiert.
- Mindestens 10 % des Vermögens des Fonds müssen aus festverzinslichen Wertpapieren, Bargeld oder Depositen bestehen.
- Mindestens 10 % des Vermögens müssen in Euro notiert sein.

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

Die Funktionsweise des Setanta Managed Fonds können Sie den §§ 22–26 entnehmen.

9 Wie ist die steuerliche Behandlung Ihrer Schwere 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 01.01.2017.

a) Einkommensteuer

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

< 02 >

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 oder bei Kündigung 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

Auf die Beiträge fällt gemäß § 4 Nr. 5 Versicherungsteuergesetz keine Versicherungsteuer an.

d) Rentenbezugsmitteilungen bezogen auf eine Rente bei Vereinbarung der Zusatzoption „Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes“

Versicherungsunternehmen sind nach § 22a EStG verpflichtet, der Deutschen Rentenversicherung Bund Rentenbezugsmitteilungen zu übermitteln. Die Mitteilung muss bis zum 1. März des Jahres erfolgen, das auf das Jahr folgt, in dem die Leistung dem Leistungsempfänger zugeflossen ist.

Der Leistungsempfänger ist verpflichtet, dem Versicherungsunternehmen zum Zweck der Rentenbezugsmitteilung seine Identifikationsnummer mitzuteilen.

10 Modellrechnung

Wir sind zur Erstellung einer Modellrechnung im Sinne von § 154 VVG nicht verpflichtet, da es sich bei der Schwere Krankheiten Vorsorge um eine fondsgebundene Risiko-Lebensversicherung handelt.

Die unverbindliche Beispielrechnung können Sie oben unter Ziffer 3 dieses Abschnitts II. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ nachlesen.

11 Zusatzoptionen „Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz“, „Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes“ und „Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit“

Wir weisen darauf hin, dass die in den Versicherungsbedingungen verwendeten Begriffe der Berufs-, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit bzw. Arbeitsunfähigkeit 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.

III. ALLGEMEINE INFORMATIONEN FÜR IHRE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE

Verweise auf Paragraphen 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
Höninger Weg 153a
50969 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: Markus Drews.

- Kundenservice
Tel.: 06102-30618-00
Fax: 06102-30618-01
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, Dame Street, Dublin 2, Ireland

3 Besteht ein Garantiefonds? Welche Sicherheiten bieten wir Ihnen?

Die Canada Life gehört keiner Einrichtung zur Sicherung der Ansprüche von Versicherten (Garantiefonds) an und ist zu einer solchen Mitgliedschaft derzeit weder berechtigt noch verpflichtet.

Nach irischem Recht ist Canada Life verpflichtet, die Vermögenswerte ihrer Versicherungsverträge als Sicherungsvermögen einzurichten. Dadurch ist gesetzlich sichergestellt, dass Gläubiger von Versicherungsforderungen ein absolutes Vorrecht auf Erfüllung ihrer Forderungen erhalten. Somit genießen z.B. Versicherungsnehmer einen besonderen Schutz im Insolvenzfall eines Versicherers. Das irische Recht entspricht in dieser Hinsicht grundsätzlich dem deutschen Recht, da beide auf einer für alle EU-Mitgliedstaaten geltenden Richtlinie beruhen.

4 Welches sind die wesentlichen Merkmale der Versicherungsleistung?

Die wesentlichen Merkmale der Versicherung ergeben sich insbesondere aus §§ 1 bis 11 und 14 der Versicherungsbedingungen für die Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life, die Sie vor Vertragsabschluss in Textform erhalten haben.

5 Welche zusätzlichen Kosten können anfallen?

Wir sind gemäß § 31 Absatz 6 berechtigt, Ihnen die Kosten der gescheiterten Einlösung einer Lastschrift mit mindestens 15 € in Rechnung zu stellen. Die Kosten werden regelmäßig gemeinsam mit der nächsten Beitragszahlung erhoben.

Außerdem können wir gemäß § 20 Absatz 1.1 eine angemessene Aufwandsgebühr verlangen, wenn Sie eine Vertragsänderung im Rahmen von § 20 mehr als zweimal innerhalb eines Versicherungsjahres vornehmen wollen.

Im Fall eines Rücktritts vor Zahlung des Einlösungsbeitrags können wir von Ihnen die Kosten der zum Zwecke der Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

6 Gültigkeitsdauer dieser Informationen vor Versicherungsbeginn

Die Ihnen hiermit vor Antragstellung zur Verfügung gestellten Informationen in den Abschnitten I. „Produktinformationsblatt der Canada Life für die Schwere Krankheiten Vorsorge“, Abschnitt II. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ und Abschnitt III. „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.

Ihr Antrag ist nicht befristet.

7 Welches Ertragsrisiko besteht?

Sie nehmen an der Wertentwicklung des Fonds mit den Renditeaussichten teil, aber entsprechend auch an den hiermit verbundenen Risiken der Anlage. Diese direkte Beteiligung an dem Fonds bietet die Chance auf Wachstum, birgt aber auch das Risiko eines möglichen Kapitalverlustes. Das bedeutet, dass der Wert Ihres Anteilguthabens sowohl steigen als auch fallen kann.

Die Entwicklung des Fonds ist nicht vorauszusehen, so dass wir die Höhe des Anteilguthabens nicht garantieren können. In der Vergangenheit erwirtschaftete Erträge des Fonds sind kein Indikator für künftige Erträge.

Bitte lesen Sie hierzu die Versicherungsbedingungen zur Schwere Krankheiten Vorsorge und beachten Sie auch die Beispielrechnung unter Ziffer 3 in Abschnitt II. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“.

8 Wie und bis wann können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Sie können Ihre Vertragserklärung auf Abschluss der Schwere 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 Abschnitt I. „Produktinformationsblatt der Canada Life für die Schwere Krankheiten Vorsorge“, Abschnitt II. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“ sowie diesem Abschnitt III. „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.

Widerrufen Sie Ihre auf den Abschluss der Schwere 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 um einen Betrag in Höhe von 0 €. Zusätzlich zahlen wir Ihnen das zu dem Versicherungsvertrag vorhandene Anteilguthaben in dem Umfang aus, in welchem es die eingezahlten Beiträge übersteigt.

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 statt des Werts des Anteilguthabens die für das erste Vertragsjahr gezahlten Beiträge, wenn dies für Sie günstiger ist. Dies gilt nicht, wenn Sie bereits Leistungen aus der Schwere Krankheiten Vorsorge erhalten haben.

9 Welche Möglichkeiten haben Sie, den Vertrag zu beenden?

Sie können Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge jederzeit durch eine Erklärung in Textform kündigen.

Bei Kündigung zahlen wir den Wert Ihres Anteilguthabens, nicht jedoch mehr als die Summe der eingezahlten Beiträge. Ein Rückkaufswert fällt nicht an.

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

10 Wie berechnet sich der Wert Ihres Anteilguthabens?

a) Wert des Anteilguthabens für die Schwere Krankheiten Vorsorge

Der Wert Ihres Anteilguthabens errechnet sich aus der Multiplikation der Ihrem Versicherungsvertrag zum gegebenen Zeitpunkt zustehenden Fondsanteile mit dem Rücknahmekurs.

b) Hinweis auf die Beispielrechnung zum Wert des Anteilguthabens

Die Beispielrechnung zu möglichen Anteilguthaben entnehmen Sie bitte Ziffer 3 des Abschnitts II. „Besondere Informationen für Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge“.

11 Sprache

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

12 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

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.

INHALT DER VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE

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

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

ANLAGE 1 ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

Versicherte schwere Krankheiten 17

ANLAGE 2 ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

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

ERGÄNZENDE HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ 23

VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN

FÜR IHRE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE VON CANADA LIFE

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

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen innerhalb dieser Versicherungsbedingungen (sowie in unseren vorvertraglichen Informations- und Vertragsunterlagen) gelten für Personen beiderlei Geschlechts. Eine Übersicht der jeweiligen Definitionen haben wir in § 41 zusammengestellt. Verweise auf Gesetze basieren auf der jeweils am 31. 12. 2016 geltenden Fassung.

§ 1 Was ist Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge?

- 1** Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge ist eine fondsgebundene Risiko-Lebensversicherung. Die von Ihnen gezahlten Beiträge werden in einem internen Fonds der Canada Life Assurance Europe plc zu den in diesen Versicherungsbedingungen festgelegten Zuteilungssätzen angelegt. Aus dem daraus entstehenden Anteilguthaben entnehmen wir die Kosten für den vereinbarten Risikoschutz sowie andere Kosten und Gebühren.
- 2** Wir nennen Ihre Schwere Krankheiten Vorsorge auch kurz „Versicherungsvertrag“ und den im Rahmen des Versicherungsvertrags gewährten Versicherungsschutz kurz „Schutz“.

§ 2 Welche Leistungen erbringen wir?

- 1** Unsere Leistung hängt davon ab, welchen Schutz Sie mit uns vereinbart haben. Es bestehen die folgenden Möglichkeiten:
 - a)** Schwere Krankheiten Schutz mit Todesfallschutz und automatischer Mitversicherung von Kindern (kurz „Schwere Krankheiten Schutz“) (§ 3),
 - b)** Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei einer Lebenserwartung von unter 12 Monaten und automatischer Mitversicherung von Kindern (kurz „Risiko Leben Schutz“) (§ 4),
 - c)** Schwere Krankheiten Schutz mit Risiko Leben Schutz und automatischer Mitversicherung von Kindern (§ 5) oder
 - d)** Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit und automatischer Mitversicherung von Kindern (§ 6).
- 2** Sie können die folgenden Zusatzoptionen in Verbindung mit einer der in Absatz 1 beschriebenen Möglichkeiten vereinbaren:
 - a)** Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9) und/oder
 - b)** die planmäßige Erhöhung der Leistungen für den vereinbarten Schutz (§ 17).
- 3** Es bestehen folgende weitere Zusatzoptionen:
 - a)** Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz (§ 7)
 - b)** Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes (§ 8).

Die Zusatzoption 3 b) ist nur in Verbindung mit 3 a) wählbar. Keine dieser Zusatzoptionen ist wählbar, wenn Sie nur den Risiko Leben Schutz (§ 4) mit uns vereinbart haben.

- 4** Es können entweder eine oder zwei Personen versichert werden, die wir kurz „versicherte Person“ nennen. Die versicherte(n) Person(en) sowie der (jeweils) vereinbarte Schutz sind in Ihrem Versicherungsschein aufgeführt.
- 5** Es gelten die in § 11 dieser Versicherungsbedingungen und gegebenenfalls die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführten Ausschlüsse sowie die in § 28 beschriebenen Regelungen für die Feststellung des Versicherungsfalls.
- 6** Für die schweren Krankheiten „Krebs“, „Angioplastie am Herzen“ und unter bestimmten Voraussetzungen für die schwere Krankheit „Bypass-Opera-

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

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

A. Was gilt für die versicherte Person?

- 1** Wir zahlen bei Vorliegen einer schweren Krankheit im Sinne der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen, deren endgültige, durch Nachweise gemäß Anlage 1 belegte Diagnose die versicherte Person 14 Tage überlebt („eine versicherte schwere Krankheit“),
 - a)** die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Leistung für Schwere Krankheiten (die „versicherte Leistung für Schwere Krankheiten“) oder, falls höher,
 - b)** den Wert des Anteilguthabens.
 Wenn zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, erbringen wir nur eine Zahlung.

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

- 2** Wie in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen beschrieben, besteht für bestimmte versicherte schwere Krankheiten unter den in Anlage 1 festgelegten Voraussetzungen ein Anspruch auf Teilzahlung der versicherten Leistung für Schwere Krankheiten (die „Teilzahlung“). In diesen Fällen erbringen wir die in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen für die entsprechende versicherte schwere Krankheit angegebene Teilzahlung.
- 3** Wenn wir eine Teilzahlung erbracht haben, verringert sich die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten um diese Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf die versicherte schwere Krankheit, für welche eine Teilzahlung erbracht wurde. Der Schwere Krankheiten Schutz bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen.
- 4** Stirbt die versicherte Person vor dem 100. Geburtstag, zahlen wir
 - a)** die in Ihrem Versicherungsschein aufgeführte versicherte Todesfallleistung (die „versicherte Todesfallleistung“) oder, falls höher,
 - b)** den Wert des Anteilguthabens.

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

- 5** Der Schwere Krankheiten Schutz einschließlich des Todesfallschutzes für die versicherte Person entfällt, wenn eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach Absatz 1 zu erbringen haben, aber nicht, wenn nur ein Anspruch auf eine Teilzahlung besteht.
- 6** Wenn wir eine Leistung für den Schwere Krankheiten Schutz für die versicherte Person zahlen und es besteht zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten

Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Besteht nach dieser Leistung weiterer Schutz, nehmen wir zu dem Zeitpunkt eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und teilen Ihnen den veränderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den verbleibenden Schutz aufrechtzuerhalten (§ 32).

B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

- 1 Die leiblichen und adoptierten Kinder sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners) der versicherten Person („automatisch mitversicherte Kinder“) sind ab dem 30. Tag nach der Geburt bis zum 18. Geburtstag gegen versicherte schwere Krankheiten mitversichert. Es besteht aber kein Schutz für die versicherte schwere Krankheit „Abhängigkeit von einer dritten Person“. Wenn zugleich mehr als eine versicherte schwere Krankheit für ein automatisch mitversichertes Kind vorliegt, erbringen wir nur eine Zahlung.
- 2 Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von
 - a) 50% der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten oder
 - b) 35.000 € bzw. bei Anspruch auf Teilzahlung der geringere Betrag von
 - c) 25% der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten oder
 - d) 50% der jeweiligen für die versicherte Person gültigen Höhe der Teilzahlung.
- 3 Wenn mehr als ein Kind automatisch mitversichert ist, beträgt die Summe aller Leistungen, die insgesamt während der Laufzeit des Versicherungsvertrags für alle automatisch mitversicherten Kinder gezahlt wird, maximal 50% der gesamten in diesem Versicherungsvertrag für die Eltern des Kindes versicherten Leistung für Schwere Krankheiten.
- 4 Wenn wir eine Teilzahlung erbracht haben, verringert sich die nach Absatz 2 a) bzw. b) versicherte Leistung um diese Teilzahlung und es besteht kein Anspruch auf eine weitere Teilzahlung in Bezug auf die versicherte schwere Krankheit, für welche eine Teilzahlung erbracht wurde. Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind bleibt in diesem entsprechend verringerten Umfang bestehen.
- 5 Der Schwere Krankheiten Schutz für ein automatisch mitversichertes Kind entfällt,
 - a) wenn eine versicherte schwere Krankheit vorliegt, für die wir eine Zahlung nach Absatz 2 a) bzw. b) zu erbringen haben, aber nicht, wenn nur ein Anspruch auf eine Teilzahlung besteht, oder
 - b) mit dem Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person.
- 6 Es besteht kein Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder im Rahmen des Schwere Krankheiten Schutzes.
- 7 Bei Zahlung einer Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind wird das Anteilguthaben nicht verringert. Wir nehmen deshalb auch keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor.

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

A. Was gilt für die versicherte Person?

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

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

- 2 Wenn vor dem Tod der versicherten Person durch ärztliche Atteste zweier voneinander unabhängig praktizierender qualifizierter Ärzte (§ 28) nachgewiesen wird, dass aufgrund einer fortgeschrittenen oder rasch fortschreitenden unheilbaren Krankheit oder Verletzung die Lebenserwartung der versicherten Person weniger als zwölf Monate beträgt, zahlen wir 70% der versicherten Todesfallleistung als vorgezogene Todesfallleistung.

- 3 Wenn wir eine vorgezogene Todesfallleistung nach Absatz 2 gezahlt haben, zahlen wir bei Tod der versicherten Person
 - a) 30% der versicherten Todesfallleistung oder, falls höher,
 - b) den Wert des Anteilguthabens.

- 4 Wenn wir eine Leistung für die vorgezogene Todesfallleistung zahlen und es besteht zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Wir nehmen aber deshalb keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor.

- 5 Wenn wir eine Leistung bei Tod der versicherten Person zahlen und es besteht zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Besteht nach dieser Leistung weiterer Schutz, nehmen wir zu dem Zeitpunkt eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und teilen Ihnen den veränderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den verbleibenden Schutz aufrechtzuerhalten (§ 32).

B. Was gilt für automatisch mitversicherte Kinder?

- 1 Die leiblichen und adoptierten Kinder sowie Stiefkinder (im Haushalt der versicherten Person lebende Kinder des Ehepartners) der versicherten Person („automatisch mitversicherte Kinder“) sind ab Ende ihres dritten Lebensmonats bis zum 18. Geburtstag für den Todesfall mitversichert. Es besteht aber kein Anspruch auf eine vorgezogene Todesfallleistung.
- 2 Die versicherte Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind ist der geringere Betrag von
 - a) 50% der gesamten für die Eltern des Kindes in diesem Versicherungsvertrag versicherten Todesfallleistung oder
 - b) 4.000 €.
- 3 Wenn mehr als ein Kind automatisch mitversichert ist, beträgt die maximale Leistung während der Laufzeit des Versicherungsvertrags für alle automatisch mitversicherten Kinder 50% der gesamten für die Eltern des Kindes in diesem Versicherungsvertrag versicherten Todesfallleistung.
- 4 Der Todesfallschutz für automatisch mitversicherte Kinder entfällt mit dem Wegfall des Risiko Leben Schutzes für die versicherte Person.
- 5 Bei Zahlung einer Leistung für ein automatisch mitversichertes Kind wird das Anteilguthaben nicht verringert. Wir nehmen deshalb auch keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor.

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

- 1 Es finden grundsätzlich § 3 auf den Schwere Krankheiten Schutz und § 4 auf den Risiko Leben Schutz in vollem Umfang Anwendung. Abweichungen hiervon sind im nachstehenden Absatz 2 beschrieben.
- 2 Bei Vorliegen einer versicherten schweren Krankheit oder eines Anspruchs auf Teilzahlung für eine versicherte schwere Krankheit bleibt der Risiko Leben Schutz unverändert bestehen. Der Anspruch auf die versicherte Todesfallleistung besteht jedoch nur im Rahmen des Risiko Leben Schutzes; § 3 A Absatz 4 findet keine Anwendung.

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

- 1 Es finden grundsätzlich § 3 auf die vorgezogene Leistung bei schwerer Krankheit und § 4 auf den Risiko Leben Schutz in vollem Umfang Anwendung. Abweichungen hiervon sind in den nachstehenden Absätzen 2 bis 4 beschrieben.
- 2 Bei Vorliegen einer versicherten schweren Krankheit verringert sich die versicherte Todesfallleistung um die zu zahlende versicherte Leistung für Schwere Krankheiten. Dies gilt jedoch nicht bei einer Teilzahlung für eine versicherte schwere Krankheit oder bei einer Leistung für automatisch mitversicherte Kinder.
- 3 Der Schwere Krankheiten Schutz entfällt, wenn wir eine vorgezogene 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 Was gilt, wenn Sie den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz mit uns vereinbart haben?

A. Erwerbsunfähigkeitsschutz

- 1 Die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person im Sinne der Anlage 2 zu diesen Versicherungsbedingungen (die „Erwerbsunfähigkeit“) gilt als eine versicherte schwere Krankheit. § 3, § 5 bzw. § 6 sind entsprechend anwendbar. Abweichungen hiervon sind in den nachstehenden Absätzen 2 und 3 beschrieben.
- 2 Der Erwerbsunfähigkeitsschutz endet,
 - a) wenn die versicherte Person den 60. Geburtstag erreicht hat oder
 - b) bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person oder
 - c) in den gemäß § 11 Absatz 5 beschriebenen Fällen.
- 3 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Erwerbsunfähigkeitsschutz.

B. Pflegeschutz

- 1 Die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person im Sinne der Anlage 2 zu diesen Versicherungsbedingungen (die „Pflegebedürftigkeit“) gilt als eine versicherte schwere Krankheit. § 3, § 5 bzw. § 6 sind entsprechend anwendbar. Abweichungen hiervon sind in den nachstehenden Absätzen 2 bis 4 beschrieben.
- 2 Der Pflegeschutz entsteht erst, wenn die versicherte Person den 60. Geburtstag erreicht hat und der Schwere Krankheiten Schutz zu diesem Zeitpunkt besteht.
- 3 Der Pflegeschutz endet bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person und in den gemäß § 11 Absatz 5 beschriebenen Fällen.
- 4 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Pflegeschutz.
- 5 Die verwendeten Begriffe der Erwerbsunfähigkeit und Pflegebedürftigkeit stimmen nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

§ 8 Was gilt, wenn Sie den Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes mit uns vereinbart haben?

- 1 Wir zahlen bei Berufsunfähigkeit der versicherten Person wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes im Sinne der Anlage 2 zu diesen Versicherungsbedingungen die vereinbarte monatliche Rente bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet.
- 2 Der Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes besteht nur, wenn auch der Schwere Krankheiten-, Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz vereinbart wurde.
- 3 Für automatisch mitversicherte Kinder besteht kein Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes.
- 4 Der Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes endet
 - a) mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet oder
 - b) wenn der Grad der Berufsunfähigkeit unter 50% sinkt, jedoch erst mit Ablauf des dritten Monats, nachdem wir Sie in Textform auf das Erlöschen des Berufsunfähigkeitsschutzes hingewiesen haben, oder
 - c) bei Wegfall des Schwere Krankheiten Schutzes für die versicherte Person oder
 - d) in den gemäß § 11 Absatz 5 beschriebenen Fällen oder
 - e) wenn die versicherte Person stirbt.
- 5 Der verwendete Begriff der Berufsunfähigkeit stimmt nicht mit den Begriffen der Berufsunfähigkeit oder der Erwerbsminderung im sozialrechtlichen Sinne oder dem Begriff der Berufsunfähigkeit im Sinne der Versicherungsbedingungen in der Krankentagegeldversicherung überein.

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

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

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

§ 10 Was gilt, wenn zwei Personen versichert sind?

- 1 Es besteht ein einheitlicher Versicherungsvertrag, der nicht zwischen den versicherten Personen aufgeteilt werden kann. Dies gilt insbesondere auch für die Beitragszahlungspflicht und das Anteilguthaben.
- 2 Es besteht aber für jede versicherte Person ein gesonderter Schutz und Anspruch auf Leistung im Versicherungsfall. Wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person eintritt, verringert sich der Schutz für die andere Person dadurch nicht. Es gelten aber folgende Besonderheiten:
 - a) Die Zuteilung von Fondsanteilen hängt vom Alter der jüngeren versicherten Person bei Versicherungsbeginn ab (§ 23). Auch wenn der Schutz für die jüngere Person entfällt, gilt der entsprechende Zuteilungssatz weiterhin für die verbleibende ältere versicherte Person.
 - b) Wenn die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit vereinbart wird, besteht der Schutz nur für die Erste Versicherte Person (§ 9). Auch wenn der Schutz für die Erste Versicherte Person entfällt, besteht kein Schutz für die verbleibende versicherte Person.
 - c) Wenn die planmäßige Erhöhung der Leistungen vereinbart wird, endet die planmäßige Erhöhung mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die jüngere versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet (§ 17). Wenn der Schutz für die jüngere versicherte Person früher entfällt, endet die planmäßige Erhöhung mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die verbleibende ältere versicherte Person ihr 65. Lebensjahr vollendet hat.
 - d) Bei einer Veränderung der Ziellaufzeit gemäß § 20 Absatz 2 ist das Alter der jüngeren versicherten Person maßgeblich. Wenn der Schutz für die jüngere versicherte Person entfällt, ist jedoch das Alter der verbleibenden älteren versicherten Person maßgeblich.
 - e) Die Termine für die planmäßige Vertragsüberprüfung ab dem 65. Geburtstag hängen vom Alter der jüngeren versicherten Person ab (§ 32 Absatz 2). Wenn der Schutz für die jüngere Person entfällt, hängen diese Termine aber danach vom Alter der verbleibenden älteren versicherten Person ab.
- 3 Wenn wir eine Leistung für eine der versicherten Personen zahlen und es besteht zu dem Zeitpunkt ein Anteilguthaben, verringert sich das Anteilguthaben um den ausgezahlten Betrag, aber maximal um den Wert des Anteilguthabens. Wir nehmen zu dem Zeitpunkt eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und teilen Ihnen den veränderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung ausreichen wird, um den vereinbarten Schutz für die verbleibende versicherte Person aufrechtzuerhalten (§ 32).

§ 11 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- 1 Grundsätzlich leisten wir für Leistungsfälle, die während der Versicherungsdauer eingetreten sind, unabhängig davon, wo und wodurch es zum Versicherungsfall gekommen ist. Wir gewähren Versicherungsschutz auch dann, wenn der Leistungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind in Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen eingetreten ist. Wir werden aber nicht leisten, wenn der Versicherungsfall für eine versicherte Person bzw. ein automatisch mitversichertes Kind verursacht worden ist
- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens von Ihnen oder einer versicherten Person bzw. des automatisch mitversicherten Kindes;

- b) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall oder absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung der versicherten Person bzw. des automatisch mitversicherten Kindes; wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind;
- c) durch Selbsttötung innerhalb von drei Jahren nach Beginn des Schutzes oder nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil; wir werden aber leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Selbsttötung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist;
- d) ganz oder teilweise durch eine Ansteckung mit einem HIV-Immunschwächevirus oder wenn der Versicherungsfall in Zusammenhang mit einem erworbenen Immundefektsyndrom (Aids) oder einer ähnlichen Immunschwächekrankheit oder einem damit verbundenen Syndrom steht; wir werden aber leisten,
 - wenn Sie den Schwere Krankheiten Schutz mit uns vereinbart haben und die in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen genannten Voraussetzungen für eine Leistung bei „HIV-Infektion durch Bluttransfusion“ oder „HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten“ erfüllt worden sind; oder
 - im Todesfall, wenn nachgewiesen wird, dass die Ansteckung mit HIV nach Beginn des Schutzes oder, bezogen auf den erhöhten Teil, nach Erhöhung des Schutzes entstanden ist;
- e) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie. Wir werden aber leisten, wenn die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist oder eine Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgte.

- 2 Unsere Leistungspflicht beschränkt sich auf die Auszahlung des für den Tag des Leistungseintritts gemäß § 24 zu berechnenden Anteilguthabens, wenn der Leistungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind eingetreten ist aufgrund unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder feindseligen Handlungen. Unter feindseligen Handlungen sind Angriffe oder Terrorakte zu verstehen, die auf einen Staat, eine Gesellschaft, unbestimmte Teile einer Bevölkerung oder deren Eigentum, Organe, Symbole oder wirtschaftliche Grundlagen erfolgen. Diese Einschränkung unserer Leistungspflicht entfällt, wenn der Leistungsfall bei der versicherten Person bzw. dem automatisch mitversicherten Kind unmittelbar oder mittelbar durch Geschehnisse verursacht wird, die sich innerhalb der ersten 10 Tage nach Ausbruch der kriegerischen Ereignisse oder feindseligen Handlungen ereignen, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt waren.

- 3 Außer im Todesfall leisten wir auch dann nicht, wenn der Versicherungsfall durch Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch eingetreten ist; wir leisten aber, wenn die Medikamente, die zur Abhängigkeit geführt haben, durch einen qualifizierten Arzt verschrieben und unter dessen Anleitung eingenommen wurden.

- 4 Weitere folgende Ausschlüsse gelten für automatisch mitversicherte Kinder:

- a) Wir leisten nicht, wenn der Versicherungsfall bei einer versicherten schweren Krankheit durch einen Gesundheitszustand eingetreten ist, welcher vor dem 30. Tag nach der Geburt des Kindes diagnostiziert wurde oder wenn diese Diagnose einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war oder bekannt sein musste.
- b) Wir leisten nicht im Todesfall, wenn der Tod durch einen Gesundheitszustand eingetreten ist, welcher vor Ende des dritten Lebensmonats des Kindes diagnostiziert wurde oder wenn diese Diagnose einem Elternteil oder dem gesetzlichen Vormund bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Adoption zum Zeitpunkt der Adoption bekannt war oder bekannt sein musste.
- c) Die unter a) und b) dieses Absatzes genannten Ausschlüsse für automatisch mitversicherte Kinder gelten entsprechend, wenn es sich um ein Stiefkind handelt und die Diagnose dem leiblichen Elternteil oder der versicherten Person bei Vertragsabschluss bzw. bei späterer Heirat zum Zeitpunkt der Heirat der versicherten Person mit dem leiblichen Elternteil des mitversicherten Kindes bekannt war oder bekannt sein musste.

- 5 Falls wir mit Ihnen den Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz und gegebenenfalls Berufsunfähigkeitschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes vereinbart haben, entfällt dieser Versicherungsschutz, wenn und sobald die versicherte Person ihre Berufstätigkeit innerhalb der Europäischen Union bzw. OECD-Staaten (jeweils Stand Juni 2013) durch Wegzug aus diesen Staaten nicht nur vorübergehend aufgibt. Dabei gilt als nicht nur vorübergehende Aufgabe der Berufstätigkeit, wenn sich die versicherte Person mehr als 6 Monate ständig außerhalb dieser Staaten aufhält. Eine Verlegung der Berufstätigkeit außerhalb der Staaten der EU oder OECD ist uns unverzüglich anzuzeigen. Der Versicherungsschutz kann mit unserer Zustimmung wieder begründet werden.

Mit Beendigung des Versicherungsschutzes sind auch keine weiteren Risikobeiträge für Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz und gegebenenfalls Berufsunfähigkeitschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes mehr fällig.

- 6 Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Krankheiten; diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

§ 12 Welche Bedeutung haben die von uns vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung oder die im Rahmen der Risikoprüfung gestellten Fragen? Was haben Sie bezüglich der vorvertraglichen Anzeigepflicht zu beachten?

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

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

2

- a) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. Absatz 1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.
- b) Im Fall des Rücktritts besteht grundsätzlich kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht für den Versicherungsfall jedoch bestehen, wenn uns nachgewiesen wird, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht für den Versicherungsfall ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.
- c) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Wert des Anteilguthabens (§ 24), jedoch nicht mehr als die Summe der eingezahlten Beiträge. Die Rückzahlung der Beiträge, die für die Zeit vor Wirksamwerden des Rücktritts wurden, können Sie nicht verlangen.

3

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

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

4

- a) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Eine solche rückwirkende Vertragsanpassung kann zum Verlust des Versicherungsschutzes für bereits eingetretene und zukünftige Versicherungsfälle führen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf unser Recht, dass die anderen Bedingungen Vertragsbestandteil werden.
- b) Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

5

- a) Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Innerhalb der vorgenannten Monatsfrist dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.
- b) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
- c) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsschluss ausüben; dies gilt nicht für Versicherungsfälle, die vor Ablauf dieser Frist eingetreten sind. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

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

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

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

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

Sie sind nicht dazu verpflichtet, uns eine bei Vertragsabschluss für uns nicht vorhersehbare Erhöhung des Risikos (z.B. durch die Ausübung eines neuen Berufs, die Aufnahme des Rauchens oder einer neuen Freizeitaktivität) nach Versicherungsbeginn gemäß § 23 bis 27 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) mitzuteilen, es sei denn, dass wir eine erneute Risikoprüfung durchführen (z.B. bei Vertragsänderung).

Die Anzeigepflicht gemäß § 11 Absatz 5 bleibt jedoch davon unberührt.

§ 14 Wann beginnt und endet Ihr Schutz?

Welche Wartezeiten bestehen?

Welche Laufzeit hat Ihr Versicherungsvertrag?

- 1 Ihr Schutz beginnt, wenn wir die Annahme Ihres Antrags erklärt und Sie den ersten Beitrag („Einlösungsbeitrag“) gezahlt haben. Der Versicherungsschutz beginnt aber nicht vor dem in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.
- 2 Für die schweren Krankheiten „Krebs“, „Angioplastie am Herzen“ und unter bestimmten Voraussetzungen „Bypass-Operationen der Herzkranzgefäße“ (vgl. Anlage 1 – Definitionen der versicherten schweren Krankheiten) besteht eine Wartezeit bis zum Beginn des Versicherungsschutzes von sechs bzw. drei Monaten ab dem nach § 14 Absatz 1 maßgeblichen Zeitpunkt. Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Für einen Versicherungsfall, der vor Ablauf der Wartezeit eingetreten ist, wird nicht geleistet.
- 3 Grundsätzlich besteht Ihr Schutz während der Laufzeit des Versicherungsvertrags. Wenn Sie aber die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit mit uns vereinbart haben, besteht dieser Schutz nicht während der Beitragsfreistellung.
- 4 Ihr Schutz endet in den in diesen Versicherungsbedingungen gesondert geregelten Fällen sowie in jedem Fall bei Beendigung des Versicherungsvertrags.
- 5 Ihr Versicherungsvertrag besteht auf unbestimmte Zeit und endet, wenn
 - a) der Versicherungsfall eingetreten ist, wir die versicherte Leistung gezahlt haben und kein weiterer Schutz vereinbart ist;
 - b) das Anteilguthaben sich während der Beitragsfreistellung auf null verringert;
 - c) Sie die Beitragshöhe ohne eine vorherige außerplanmäßige Vertragsüberprüfung nach § 20 Absatz 5 verringern und das Anteilguthaben sich vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert;
 - d) Sie sich bei einer Vertragsüberprüfung für eine andere als in § 32 Absatz 7 beschriebene Möglichkeit entscheiden und das Anteilguthaben sich vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert; wenn zu dem Zeitpunkt Ihrer Wahl das Anteilguthaben null beträgt oder nur ein Sollsaldo zum Anteilguthaben (§ 31 Absatz 7) besteht, endet der Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung;
 - e) Sie den Versicherungsvertrag kündigen oder
 - f) wir von dem Versicherungsvertrag zurücktreten oder ihn anfechten.
- 6 Bitte beachten Sie aber, dass wir bei der Berechnung Ihres Beitrags die von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählte Ziellaufzeit (§ 32 Absatz 1) bzw. die zu einem späteren Zeitpunkt nach § 20 geänderte Ziellaufzeit für den Versicherungsvertrag zugrunde gelegt haben.

§ 15 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

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

eine Lastschrift nicht eingelöst, sind wir zu weiteren Einziehungen berechtigt, nicht aber verpflichtet. Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert, können wir Ihnen die damit verbundenen Kosten in Rechnung stellen. Dies wird in der Regel gemeinsam mit Ihrer nächsten Beitragszahlung erfolgen.

- 3 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht oder nicht rechtzeitig zahlen, können wir – so lange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, besteht keine Leistungspflicht. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.
- 4 Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht oder nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist und sind Sie bei Eintritt des Versicherungsfalls mit der Zahlung der Beiträge in Verzug, so entfällt Ihr Versicherungsschutz. Nach Ablauf der Ihnen gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Frist kündigen, sofern Sie mit der Zahlung der geschuldeten Beträge in Verzug sind. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.
- 5 Haben Sie Leistungen beantragt, müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter bis zur Feststellung des Versicherungsfalls (§ 28 Absatz 10) entrichten, es sei denn, Sie haben den Versicherungsvertrag beitragsfrei gestellt oder wir haben die Beitragszahlungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit, falls vereinbart, für Sie übernommen.
- 6 Nach Feststellung des Versicherungsfalls besteht die Beitragszahlungspflicht nur, wenn danach weiterer Schutz besteht und der Versicherungsvertrag nicht beitragsfrei gestellt worden ist bzw. wir nicht die Beitragszahlungspflicht wegen Arbeitsunfähigkeit, falls vereinbart, für Sie übernommen haben. Die von Ihnen nach Feststellung des Versicherungsfalls zu entrichtenden Beiträge können sich aufgrund einer außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung (§ 32) ändern. Sofern keine Beitragszahlungspflicht nach Feststellung des Versicherungsfalls besteht und wir Beiträge von Ihnen seit Eintritt des Versicherungsfalls erhalten haben, werden wir diese an Sie zurückzahlen.
- 7 Ausstehende Beiträge können mit Leistungen verrechnet werden.

§ 16 Können Sie die Zahlungsweise oder Beitragshöhe ändern?

- 1 Sie können die in Ihrem Versicherungsschein angegebene Zahlungsweise ändern, vorausgesetzt, dass bei der neuen Zahlungsweise an einem Jahrestag des in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginns (ein „Jahrestag“) weiterhin eine Beitragszahlung fällig ist und Sie eine monatliche, vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Zahlungsweise wählen.

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

- 2 Wenn Sie eine Änderung der Zahlungsweise wünschen, müssen Sie uns dies mindestens einen Monat vor dem gewünschten Zeitpunkt der Änderung unter Angabe der gewünschten neuen Zahlungsweise in Textform mitteilen. Die neue Zahlungsweise wird dann zu diesem Fälligkeitstag wirksam.
- 3 Sie können die in Ihrem Versicherungsschein angegebene Beitragshöhe nur im Rahmen des § 20 ändern.

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

- 1 Wenn Sie mit uns die planmäßige Erhöhung der Leistungen (die „planmäßige Erhöhung“) vereinbart haben, steigen diese um jeweils 3 % zu jedem Jahrestag. Der Beitrag erhöht sich entsprechend der höheren Risikokosten, die gemäß § 33 Absatz 1 festgelegt werden. Wir verlangen keine erneute Risikoprüfung für den dadurch erhöhten Schutz.
- 2 Die planmäßige Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Wochen nach dem Jahrestag widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von zwei Monaten nach dem Jahrestag zahlen. Wenn Sie mehr als zweimal hintereinander von der Erhöhungsmöglichkeit keinen Gebrauch machen, endet Ihr Recht auf weitere planmäßige Erhöhung.
- 3 Wir werden Sie rechtzeitig vor jedem Jahrestag über diese Erhöhung, den neuen Beitrag sowie Ihr Recht zum Widerspruch in Textform informieren.
- 4 Bei Eintritt eines Versicherungsfalls, nach dem weiterer Schutz besteht, findet die planmäßige Erhöhung in Bezug auf die gegebenenfalls verringerte(n) versicherte(n) Leistung(en) Anwendung.
- 5 Die planmäßige Erhöhung endet mit der Beitragsfreistellung. Sie lebt aber wieder auf, wenn Sie zur Zahlung der Beiträge zurückkehren, jedoch nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsfreistellung.
- 6 Die planmäßige Erhöhung endet endgültig mit Eintritt des Leistungsfalls bei Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes (§ 8) oder Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9).
- 7 Die planmäßige Erhöhung endet mit Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person bzw. die ältere der versicherten Personen ihr 65. Lebensjahr vollendet hat.
- 8 Alle für Ihren Versicherungsvertrag getroffenen Vereinbarungen erstrecken sich auch auf die auf planmäßige Erhöhung entfallenden Teile.

§ 18 Können Sie den Versicherungsvertrag beitragsfrei stellen?

- 1 Sie können den Versicherungsvertrag jederzeit zum nächsten Fälligkeitstag beitragsfrei stellen, vorausgesetzt, dass das Anteilguthaben zu Beginn der Beitragsfreistellung mindestens 500 € beträgt. Die Beitragsfreistellung Ihrer Schwere Krankheiten Vorsorge kann mit wirtschaftlichen Nachteilen verbunden sein. Wenn der Wert Ihres Anteilguthabens für die Beitragsfreistellung nicht mehr ausreicht, wird der Vertrag aufgelöst und es ist gegebenenfalls kein Anteilguthaben vorhanden. Nähere Informationen zum Anteilguthaben und seiner Höhe können Sie der Beispielrechnung entnehmen.
- 2 Während der Beitragsfreistellung gilt Folgendes:
 - a) Ihre Pflicht zur Beitragszahlung entfällt.
 - b) Wenn die planmäßige Erhöhung zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vereinbart war, wird diese ausgesetzt.
 - c) Sie haben kein Recht, von der Nachversicherungsgarantie gemäß § 21 Gebrauch zu machen.
 - d) Es wird kein Treuebonus gewährt (§ 27).
 - e) Alle Kosten und Gebühren (§ 31) – außer gegebenenfalls den Risikokosten für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit – werden weiterhin erhoben. Darüber hinausgehende Kosten fallen für die Beitragsfreistellung nicht an.
 - f) Wenn Sie die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9) mit uns vereinbart haben, besteht dieser Schutz nicht.
 - g) Aber jeder andere vereinbarte Schutz besteht, bis sich das Anteilguthaben auf null verringert; zu diesem Zeitpunkt endet auch der Versicherungsvertrag.
 - h) Wir nehmen keine planmäßigen Vertragsüberprüfungen vor.

- 3 Sie können jederzeit vor Ende des Versicherungsvertrags zur Zahlung der Beiträge zurückkehren. Sie müssen uns dies mindestens einen Monat vor dem entsprechenden Fälligkeitstag mitteilen. Wenn die planmäßige Erhöhung bzw. der Schutz für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung bestanden, leben diese ebenso wie der Anspruch auf Treueboni wieder auf, aber nicht rückwirkend für den Zeitraum der Beitragsfreistellung. Das Recht, von der Nachversicherungsgarantie nach § 21 Gebrauch zu machen, lebt aber nicht wieder auf. Die Zeiträume der Beitragsfreistellung werden bei der Ermittlung des anzuwendenden (Grund-)Zuteilungssatzes nicht berücksichtigt, sofern Sie die Beiträge nicht nachzahlen. Wenn Sie die Beiträge nachzahlen, erfolgt die Zuteilung als ob Ihr Vertrag nicht beitragsfrei gestellt worden wäre.

Zusätzliche Kosten für die Wiederinkraftsetzung Ihres Vertrags fallen nicht an.

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

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

- 1 Sie können Ihren Versicherungsvertrag jederzeit durch eine Erklärung kündigen in Textform.
- 2 Kündigungen hinsichtlich eines Teilbetrags sind möglich, wenn der betroffene Teilbetrag Ihres Anteilguthabens mindestens 250 € und Ihr verbleibendes Anteilguthaben mindestens 500 € betragen. Wir nennen auch die Kündigung hinsichtlich eines Teilbetrags („Teilkündigung“) kurz Kündigung und behandeln sie als solche.
- 3 Die Kündigung wird zum ersten Werktag nach dem Tag des Eingangs Ihrer Kündigungserklärung in Textform an uns wirksam, es sei denn, Sie teilen uns einen späteren Termin mit, an dem die Kündigung wirksam werden soll.
- 4 Bei Kündigung zahlen wir Ihnen den Wert Ihres Anteilguthabens oder des auf die Kündigung entfallenden Teils hiervon. Sowohl bei Kündigung als auch bei Teilkündigung zahlen wir nicht mehr als die Summe der bis zur Kündigung bzw. Teilkündigung eingezahlten Beiträge.

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

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

§ 20 Können Sie den vereinbarten Schutz ändern? Können Sie die gewählte Ziellaufzeit ändern? Können Sie die Beitragshöhe ändern, ohne den Schutz zu ändern?

- 1 Sie können jederzeit eine Änderung der Höhe eines bestehenden Schutzes im Rahmen der in den nachstehenden Absätzen 8 bis 10 genannten Grenzen beantragen. Wenn die zuletzt von Ihnen gewählte Ziellaufzeit abgelaufen ist, müssen Sie uns zugleich eine neue Ziellaufzeit nach Absatz 2 mitteilen. Eine Erhöhung des Todesfallschutzes ist nur möglich, wenn Sie den Risiko Leben Schutz (§§ 4 bis 6) mit uns vereinbart haben. Eine Änderung des Schutzes für automatisch mitversicherte Kinder können Sie nicht beantragen; eine Änderung deren Schutzes kann sich aber durch eine Änderung des Schutzes für die versicherte Person ergeben.

- 2 Sie können jederzeit, auch gleichzeitig mit einer Änderung der Höhe eines bestehenden Schutzes, die von Ihnen gewählte Ziellaufzeit ändern, die wir als Grundlage für die Berechnung Ihres Beitrags gemäß § 32 verwenden sollen. Dabei muss das Ende der neuen gewünschten Ziellaufzeit
- a) auf einen Jahrestag fallen,
 - b) mindestens 12 Jahre nach Versicherungsbeginn liegen und
 - c) darf nicht später als an dem 100. Geburtstag der versicherten Person bzw. jüngerer versicherten Person liegen.
- 3 Mit Ausnahme der in Absatz 5 beschriebenen Änderung nehmen wir bei einer Änderung des Schutzes bzw. der Ziellaufzeit eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor, berechnen den für den veränderten Schutz bzw. die veränderte Ziellaufzeit nach unserer Einschätzung notwendigen Beitrag gemäß § 32 und teilen Ihnen diesen mit.
- 4 Wenn Sie die Voraussetzungen unserer Nachversicherungsgarantie (§ 21) nicht erfüllen, hängt unsere Zustimmung zu einer beantragten Erhöhung des Schutzes, nicht aber eine Veränderung der Ziellaufzeit, von unserer Einschätzung nach einer erneuten Risikoprüfung ab.
- 5 Wenn ein Anteilguthaben besteht, können Sie jederzeit die Beitragshöhe im Rahmen der im nachstehenden Absatz 8 genannten Grenzen verringern, ohne den Schutz zu ändern. In diesem Fall nehmen wir keine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung vor und Ihr Versicherungsvertrag endet, wenn sich das Anteilguthaben vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert.
- 6 Sie können nicht die Beitragshöhe erhöhen, ohne den Schutz zu erhöhen, es sei denn, dass wir Ihnen im Rahmen einer Vertragsüberprüfung mitteilen, dass eine solche Erhöhung nach unserer Einschätzung notwendig ist, um den vereinbarten Schutz aufrechtzuerhalten.
- 7 Eine gewünschte Änderung nach diesem § 20 wird zum nächsten Fälligkeitstag Ihres Beitrags nach unserer schriftlichen Bestätigung bzw. Zustimmung wirksam.
- 8 Es sind folgende Mindestbeiträge bzw. Mindeständerungen der Beitragshöhe für die jeweilige Zahlungsweise zu beachten:

Zahlungsweise	Mindestbeitrag insgesamt	Mindeständerung der Beitragshöhe
Monatlich	30 €	7 €
Vierteljährlich	90 €	21 €
Halbjährlich	180 €	42 €
Jährlich	360 €	84 €

- 9 Wenn Sie den Risiko Leben Schutz mit vorgezogener Leistung bei schwerer Krankheit (§ 6) mit uns vereinbart haben, darf die versicherte Leistung für Schwere Krankheiten nicht die versicherte Todesfallleistung übersteigen.
- 10 Der gesamte Versicherungsschutz, der für eine versicherte Person durch mit uns bestehende Versicherungsverträge abgesichert ist, darf die folgenden Höchst- und Mindestgrenzen nicht über- bzw. unterschreiten:

Art der versicherten Leistung	Höchstgrenze	Mindestgrenze
Versicherte Todesfallleistung	5.000.000 €	10.000 €
Versicherte Leistung für Schwere Krankheiten	1.000.000 €	10.000 €

- 11 Sollten Sie eine Vertragsänderung nach diesem § 20 mehr als zweimal in einem Versicherungsjahr beantragen, können wir für die Änderung eine dem Aufwand angemessene Gebühr verlangen, die vor Durchführung der Änderung von Ihnen zu entrichten ist.

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

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

- 1 Sie können im Rahmen des § 20 und der nachstehenden Absätze 2 bis 5 den für eine versicherte Person bestehenden Schutz während der Dauer dieser Versicherung einmalig pro Ereignis ohne erneute Risikoprüfung erhöhen („Nachversicherungsgarantie“) bei
- a) Heirat bzw. Registrierung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG) der versicherten Person, wobei die Heirat eines früheren Ehepartners bzw. Registrierung mit einem früheren Lebenspartner ausgeschlossen ist. Als Nachweis ist die Heirats- bzw. die Registrierurkunde einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - b) Scheidung bzw. Aufhebung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz. Als Nachweis ist die Scheidungs- bzw. Aufhebungsurkunde einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - c) Geburt oder Adoption eines Kindes der versicherten Person. Als Nachweis ist die Geburtsurkunde bzw. der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 25.000 € oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - d) Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu eigenen Wohnzwecken durch die versicherte Person. Als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - e) Abschluss einer Finanzierung der versicherten Person bei Aufnahme oder Erhöhung eines durch Grundpfandrechte gesicherten Kredites; bei Betrieben gilt Entsprechendes für einen Betriebskredit. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 100.000 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - f) erstmaliger Aufnahme einer selbstständigen Tätigkeit durch die versicherte Person, sofern die Mitgliedschaft in der entsprechenden Kammer nachgewiesen wird. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 25.000 € oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - g) Gehaltssteigerung (Bruttowert) bei angestellten Arbeitnehmern. Als Nachweis sind die Bestätigung durch den Arbeitgeber hinsichtlich des Zeitpunkts und der Höhe der Gehaltssteigerung sowie eine Gehaltsabrechnung einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von dem Fünffachen der Steigerung des Jahresgehalts oder 25 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - h) Betriebswertsteigerung bei Zunahme des Wertes eines Unternehmens, an dem die versicherte Person wirtschaftlich beteiligt ist. Als Nachweis ist eine Bestätigung eines unabhängigen Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters, dass der Wert der Beteiligung der versicherten Person an dem Unternehmen seit Beginn des letzten Versicherungsjahres zugenommen hat, einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag der Wertsteigerung von 100.000 € oder 50 % der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung;
 - i) erhöhtem Deckungsbedarf der Keyperson-Versicherung zur Absicherung des einem Unternehmen drohenden Verlustes bei Tod oder schwerer Erkrankung der versicherten Person. Als Nachweis ist eine Bestätigung eines unabhängigen Wirtschaftsprüfers oder Steuerberaters, dass der Deckungsbedarf seit Beginn des letzten Versicherungsjahres zugenommen

- hat, einzureichen. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag einer Wertsteigerung in Höhe von 100.000 € oder 50% der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung.
- j)** unabhängig von einem der zuvor genannten Ereignisse zum 5. sowie zum 10. Jahrestag des Versicherungsbeginns. Die Erhöhung der versicherten Leistung ist begrenzt auf den geringeren Betrag von 25.000 € oder 25% der bis dahin in diesem Versicherungsvertrag versicherten Leistung.
- 2** Die maximale Summe der gesamten Erhöhungen, ob der versicherten Leistung für Schwere Krankheiten oder der versicherten Todesfallleistung, die im Rahmen der Nachversicherungsgarantie in allen bei uns bestehenden Schwere Krankheiten Versicherungsverträgen für die versicherte Person erfolgen können, beträgt 150.000 €.
- 3** Die Nachversicherungsgarantie setzt zum Zeitpunkt der Erhöhung voraus, dass
- a)** uns Ihre Mitteilung in Textform über eine gewünschte Erhöhung des Versicherungsschutzes innerhalb von sechs Monaten seit Eintritt des jeweiligen Ereignisses zusammen mit geeigneten Nachweisen zugegangen ist (maßgeblich ist der Zugang Ihrer Mitteilung in Textform über die gewünschte Erhöhung; wird diese Frist versäumt, ist für die Prüfung einer Erhöhung Ihres Versicherungsschutzes eine erneute Risikoprüfung erforderlich),
 - b)** die versicherte Person nicht älter als 55 Jahre ist, in den Fällen dieses Paragraphen § 21 Absatz 1 e), h) und i) nicht älter als 60 Jahre ist,
 - c)** keine Beitragsfreistellung vorgenommen worden ist und alle bis zum Zeitpunkt der Erhöhung fälligen Beiträge gezahlt wurden,
 - d)** wir keine Leistung aufgrund von Berufsunfähigkeit bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes oder aufgrund von einer Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbringen bzw. keine Leistung aufgrund einer Erwerbsunfähigkeit oder einer Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen erbracht haben,
 - e)** die Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie für das jeweilige Ereignis weder in Bezug auf diesen noch auf einen anderen bei uns bestehenden Schwere Krankheiten Vorsorge-Versicherungsvertrag ausgeübt worden ist,
 - f)** der Versicherungsfall für die zu erhöhende Leistung noch nicht eingetreten ist bzw. dessen Eintritt nach Ihrer Kenntnis oder nach Kenntnis der versicherten Person nicht vorhersehbar ist und
 - g)** noch keine Leistungen aus der Schwere Krankheiten Vorsorge beantragt wurden.
- 4** Darüber hinaus bestehen folgende weitere Einschränkungen:
- Eine Erhöhung des Todesfallschutzes ist ausgeschlossen, sofern bei der versicherten Person bereits die Voraussetzungen für eine vorgezogene Todesfallleistung gemäß § 4 Absatz 2 vorliegen.
 - Eine Erhöhung des Schwere Krankheiten Schutzes ist ausgeschlossen, sofern Leistungen aufgrund der Diagnose einer der versicherten schweren Krankheiten beantragt werden könnten.
- 5** Wir berechnen den für den erhöhten Schutz nach unserer Einschätzung notwendigen Beitrag gemäß § 32 (Vertragsüberprüfung) und teilen Ihnen diesen mit.

Der Vertrag ändert sich aufgrund der Inanspruchnahme einer Nachversicherungsgarantie nur in Bezug auf die jeweilige Versicherungssumme und gegebenenfalls auf die Beitragshöhe, bleibt ansonsten aber in unverändertem Umfang bestehen.

§ 22 In welchen Fonds wird Ihr Beitrag angelegt? Wie sind Sie an ihm beteiligt? Wie wird der Fonds verwaltet?

- 1** Wir investieren Ihre Beiträge in den Setanta Managed Fonds (der „Fonds“). Dieser Fonds ist ein interner Fonds der Canada Life Assurance Europe plc, der in Fondsanteile von gleichem Wert aufgeteilt ist. Der Fonds wird nicht an einer öffentlichen Börse gehandelt. Wir haben das Recht, den Fonds jederzeit mit einem anderen unserer internen Fonds zusammenzufassen oder zu unterteilen, jedoch nur so, dass dadurch für Ihr Anteilguthaben keine Wertänderungen entstehen.

- 2** Sie haben kein unmittelbares Anrecht auf die Fondsanteile oder die in dem Fonds enthaltenen Vermögenswerte und können die Übertragung der Fondsanteile nicht verlangen. Sie haben im Rahmen des Versicherungsvertrags weiterhin nicht die Möglichkeit, sich an anderen Canada Life Fonds zu beteiligen, es sei denn, wir bieten Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt andere Fonds an.
- 3** Der Fonds wird durch eine Fondsgesellschaft (der „Fondsmanager“) verwaltet. Den Namen des Fondsmanagers werden wir Ihnen bei Über-sendung des Versicherungsscheins sowie bei späteren Änderungen mitteilen. Die Auswahl des Fondsmanagers werden wir mit der Sorgfalt eines ordentlichen Kaufmanns treffen.
- 4** Das Vermögen des Fonds wird in Abstimmung mit dem von uns beauftragten Fondsmanager wie folgt investiert:
- a)** Maximal 90% des Vermögens des Fonds werden zeitgleich in nationale und internationale Aktien und Grundstücke investiert.
 - b)** Mindestens 10% des Vermögens des Fonds müssen aus festverzinslichen Wertpapieren, Bargeld oder Depositen bestehen.
 - c)** Mindestens 10% des Vermögens müssen in Euro notiert sein.

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

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

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

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

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

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

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

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

§ 24 Was ist der Unterschied zwischen dem Ausgabekurs und dem Rücknahmekurs für die Fondsanteile? Wie wird Ihr Anteilguthaben berechnet?

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

§ 25 Wie werden der Fondswert sowie der Ausgabe- und Rücknahmekurs ermittelt? Wie oft findet eine Ermittlung statt?

- 1 Der Fondswert sowie der Ausgabe- bzw. Rücknahmekurs der Fondsanteile werden durch uns unter Anwendung der in den nachstehenden Absätzen 2 bis 4 festgelegten Regeln ermittelt.
- 2 Die Basis der Berechnung des Fondswertes und der Ausgabe- bzw. Rücknahmekurse hängt davon ab, ob zum Zeitpunkt der Berechnung davon ausgegangen wird, dass
 - a) der Fonds wächst, d.h. insgesamt innerhalb eines angemessenen Zeitraums mehr Fondsanteile herausgegeben als zurückgekauft bzw. gestrichen werden.

In diesem Fall berechnen wir den Wert des dem Fonds zugrunde liegenden Vermögens gemäß Absatz 3 und, um den Fonds nicht unangemessen mit Anschaffungskosten zu belasten (und dadurch die anderen schon am Fonds beteiligten Versicherungsnehmer), zählen wir die Anschaffungskosten dieser Vermögenswerte hinzu, um den Fondswert zu erhalten (der „Ausgabe-Fondswert“).

Der Ausgabekurs wird berechnet, indem der Ausgabe-Fondswert durch die Anzahl der bestehenden Fondsanteile des Fonds geteilt und das Ergebnis mit 100/95 multipliziert wird. Der Rücknahmekurs wird dann aufgrund des Ausgabekurses gemäß § 24 Absatz 2 berechnet. Die Differenz zwischen Ausgabe- und Rücknahmekurs der Anteile in Höhe von 5 % bezeichnen wir als Rücknahmeabschlag.
 - b) der Fonds schrumpft, d.h., es werden insgesamt innerhalb eines angemessenen Zeitraums mehr Fondsanteile zurückgekauft bzw. gestrichen als herausgegeben. In diesem Fall berechnen wir den Wert des dem Fonds zugrunde liegenden Vermögens gemäß Absatz 3 und, um den Fonds nicht unangemessen mit Veräußerungskosten zu belasten (und dadurch die anderen schon am Fonds beteiligten Versicherungsnehmer), ziehen wir die geschätzten Veräußerungskosten dieser Vermögenswerte ab, um den Fondswert zu erhalten (der „Rücknahme-Fondswert“).Der Rücknahmekurs wird berechnet, indem der Rücknahme-Fondswert durch die Anzahl der bestehenden Fondsanteile des Fonds geteilt wird. Der Ausgabekurs wird dann aufgrund des Rücknahmekurses gemäß § 24 Absatz 2 berechnet.Wir nennen den Ausgabe- bzw. Rücknahme-Fondswert kurz den „Fondswert“.
- 3 Für die Berechnung des dem Fonds zugrunde liegenden Vermögens werden folgende Werte verwandt:
 - a) Für alle im Fonds enthaltenen, an einer Börse notierten Vermögenswerte wird der an einer Börse notierte Wert zugrunde gelegt. Dabei wird unter den in Absatz 2 a) beschriebenen Umständen der Kaufpreis des notierten Wertes und unter den in Absatz 2 b) beschriebenen Umständen der Verkaufspreis des notierten Wertes verwandt.
 - b) Der Wert von allen im Fonds enthaltenen Grundstücken und Immobilien wird aufgrund von Gutachten festgelegt, die vom Fondsmanager beauftragte Gutachter erstellen und beglaubigen; dabei werden Abweichungen des Wertes, die seit der Erstellung des Gutachtens gegebenenfalls eingetreten sind, nach ordentlicher kaufmännischer Praxis berücksichtigt.
 - c) Eingegangene oder aufgelaufene Kapitalerträge, Zinsen oder Dividenden sowie noch nicht angelegtes Bargeld werden berücksichtigt.
 - d) Für alle anderen im Fonds enthaltenen Vermögenswerte (z.B. nicht notierte Aktien) wird der nach ordentlicher kaufmännischer Praxis geschätzte Wert verwandt.
 - e) Wenn ein Vermögenswert in einer anderen Währung als Euro notiert ist, werden bei der Umrechnung in Euro die jeweils marktüblichen Wechselkurse zugrunde gelegt.
- 4 Es können innerhalb des Fonds durch die Art der Kapitalanlage externe, von uns oder dem Fondsmanager nicht beeinflussbare Kosten (z.B. Quellensteuer) entstehen. Diese werden in derselben Weise wie Fondsverwaltungsgebühr vom Fondswert abgezogen (§ 31 Absatz 5).
- 5 Eine Ermittlung des Ausgabe- bzw. Rücknahmekurses findet höchstens täglich und mindestens einmal pro Monat statt.

- 6 Bei der Berechnung des Ausgabe- bzw. Rücknahmekurses dürfen wir auf ein Hundertstel eines Euros runden. Rundungen erfolgen gemäß kaufmännischen Regeln.

§ 26 Welche Tage sind für den Kurs maßgeblich?

- 1 Für die Zuteilung der Fondsanteile legen wir den Ausgabekurs zugrunde, der an dem Tag gilt, mit dessen Wertstellung wir Ihre Beiträge erhalten; § 15 Absatz 2 Satz 2 gilt entsprechend.
- 2 Zur Bestimmung Ihres Anteilguthabens legen wir folgende Rücknahmekurse zugrunde:
 - a) Im Versicherungsfall legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der an dem Werktag gilt, der der Feststellung des Versicherungsfalls durch uns im Sinne von § 28 Absatz 10 folgt.
 - b) Wenn Sie kündigen, legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der an dem auf den Eingang der Kündigungserklärung folgenden Werktag gilt.
 - c) Wenn wir uns zustehende Rechte auf Anfechtung, Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung ausüben, legen wir den Rücknahmekurs zugrunde, der am Tag unserer hierauf bezogenen Erklärung gilt.
- 3 Sofern wir Kosten durch die Streichung von Anteilen erheben (§ 31), wird die Anzahl der zu streichenden Fondsanteile auf der Grundlage des Rücknahmekurses am Tag des Abzugs berechnet.

§ 27 Wann kommen Sie in den Genuss eines Treuebonus?

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

§ 28 Was ist zu beachten, wenn Sie eine Leistung erhalten möchten?

- 1 Sie sollten uns unverzüglich benachrichtigen, sobald Sie den Eindruck haben, dass ein Versicherungsfall vorliegen könnte, damit eine zügige Bearbeitung eines Leistungsfalls erfolgen kann.
- 2 Die von Ihnen vorzulegenden Unterlagen und Nachweise hängen von dem Versicherungsfall ab, den Sie geltend machen wollen. Wenn nicht ausdrücklich anders geregelt, sind uns grundsätzlich Originale der jeweiligen Unterlagen vorzulegen. Diese sind für den jeweiligen Versicherungsfall unter den Absätzen 3 bis 7 nachstehend aufgeführt. Zusätzlich zu den dort aufgeführten Unterlagen und Nachweisen können wir die Zahlung einer Leistung von der Vorlage folgender weiterer Urkunden abhängig machen:

- a) Ihres Versicherungsscheins,
- b) einer amtlichen Geburtsurkunde der versicherten Person bzw. des automatisch mitversicherten Kindes, für welche(s) Sie eine Versicherungsleistung geltend machen, und
- c) eines Nachweises der Adoption eines automatisch mitversicherten Kindes,
- d) Heiratsurkunde der versicherten Person sowie Meldebescheinigungen für die versicherte Person und das Stiefkind, für welches eine Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

- 3 Wenn eine Todesfalleistung geltend gemacht wird, muss uns Folgendes für die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind vorgelegt werden:

- a) eine amtliche, Geburtstag und -ort enthaltende Sterbeurkunde und
- b) eine ausführliche, durch einen qualifizierten Arzt oder amtlich ausgestellte Bestätigung über die Todesursache sowie gegebenenfalls Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod geführt hat,
- c) Im Fall des Todes der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers können wir zudem zur Klärung der Verfügungsberechtigung die Vorlegung eines Erbscheins, eines Testamentsvollstreckerzeugnisses oder weiterer hierfür notwendiger Unterlagen verlangen. Fremdsprachige Urkunden sind auf Verlangen in beglaubigter deutscher Übersetzung vorzulegen. Wir können auf die Vorlage eines Erbscheins oder eines Testamentsvollstreckerzeugnisses verzichten, wenn uns eine Ausfertigung oder eine beglaubigte Abschrift der letztwilligen Verfügung (Testament, Erbvertrag) nebst zugehöriger Eröffnungsniederschrift vorgelegt wird. Wir sehen denjenigen, der darin als Erbe oder Testamentsvollstrecker genannt ist, als Berechtigten an. Dies gilt nicht, wenn uns bekannt ist, dass der dort Genannte (zum Beispiel nach Anfechtung oder wegen Nichtigkeit des Testaments) nicht verfügungsberechtigt ist.
- d) ein Nachweis der Adoption eines automatisch mitversicherten Kindes,
- e) Heiratsurkunde der versicherten Person sowie Meldebescheinigungen für die versicherte Person und das Stiefkind, für welches eine Versicherungsleistung geltend gemacht wird.

- 4 Wenn eine vorgezogene Todesfalleistung geltend gemacht wird, müssen uns die in § 4 A Absatz 2 beschriebenen ärztlichen Atteste vorgelegt werden, aus denen die Art der Erkrankung, der Gesundheitszustand und die Lebenserwartung der versicherten Person hervorgehen.

- 5 Wenn Leistungen wegen einer versicherten schweren Krankheit, Erwerbsunfähigkeit, Pflegebedürftigkeit oder Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes geltend gemacht werden, sind uns auf Ihre Kosten eine Darstellung der Ursache für das Vorliegen des Versicherungsfalls sowie ausführliche schriftliche Berichte der qualifizierten und, falls zutreffend, anderen Ärzte, welche die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Zustands einzureichen. Es müssen auch in Bezug auf gewisse versicherte Krankheiten zusätzliche Unterlagen vorgelegt werden. Diese sind unter der jeweiligen Definition der versicherten schweren Krankheit in der Anlage 1 zu diesen Versicherungsbedingungen aufgeführt.

- 6 Wenn eine Leistung für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit geltend gemacht wird, muss uns Folgendes vorgelegt werden:

- a) eine Bestätigung der Krankenkasse, dass und seit wann Krankengeld nach § 44 Sozialgesetzbuch V gezahlt wird oder der Bescheid des Trägers der gesetzlichen Rentenversicherung über die Gewährung einer Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit bzw. die in § 9 Absatz 4 beschriebene ärztliche Bestätigung, aus der Ursache, Beginn, Art, Verlauf, voraussichtliche Dauer und Grad der Arbeitsunfähigkeit hervorgehen muss,
- b) eine Bestätigung des Arbeitgebers bzw. ein Gewerbenachweis oder anderer geeigneter Nachweis über die berufliche Tätigkeit, welche die versicherte Person bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit ausgeübt hat, und
- c) gegebenenfalls ein Nachweis, dass keine berufliche Tätigkeit mehr ausgeübt wird.

- 7** Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise – auch über die wirtschaftlichen Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Wir tragen die Kosten dieser weiteren Untersuchungen und Prüfungen, es sei denn, die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind hält sich außerhalb der Europäischen Union (EU) – Stand Juni 2013 – auf und wir verlangen eine ärztliche Untersuchung durch einen in der EU qualifizierten Arzt; in diesem Fall sind gegebenenfalls anfallende Reisekosten von Ihnen zu tragen.
- 8** Zur Erteilung der erforderlichen Auskünfte haben die versicherte Person bzw. das automatisch mitversicherte Kind bzw. ein Elternteil oder der Vormund des Kindes die Möglichkeit, eine allgemeine Schweigepflichtentbindungserklärung oder für die jeweiligen Anfragen 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. Für die Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit können wir auch ein bedingtes oder einmalig befristetes Anerkenntnis unserer Leistungspflicht abgeben.
- 11** Qualifizierte Ärzte im Sinne dieser Versicherungsbedingungen und der Anlagen sind Ärzte/-innen bzw. Fachärzte/-innen, die in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktive Mitglieder der dort ansässigen Ärztekammer sind: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA. Wir können auf Antrag auch Ärzte, die in einem anderen Staat eine Zulassung besitzen und Mitglied der entsprechenden Ärztekammer sind, als qualifizierte Ärzte anerkennen.

§ 29 Verjährung

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

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

- 1** Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.
- 2** Im Fall der Berufsunfähigkeit wegen chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes (§ 8) und Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit (§ 9) gilt außerdem Folgendes:
 - a)** Eine Minderung der Berufsunfähigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit oder den Tod der versicherten Person müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.
 - b)** Während der Dauer unserer Leistungspflicht sind wir auf unsere Kosten berechtigt, das Fortbestehen der Berufsunfähigkeit bzw. der Arbeitsunfähigkeit und ihren Umfang nachzuprüfen. Dazu können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. § 28 Absatz 5 bis 7 gelten entsprechend.

c) Wenn die Pflichten aus diesem Absatz von Ihnen oder der versicherten Person vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt werden, können wir die Leistungen nach schriftlicher Erklärung mit Frist von 3 Monaten einstellen. Bei grob fahrlässiger Verletzung dieser Pflichten bleiben die Ansprüche jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Pflichten später erfüllt werden, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Pflichten erfüllt werden, zur Leistung verpflichtet.

3 Zahlungen erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person als bezugsberechtigte Person für den Versicherungsfall benannt haben. Sind Sie als Versicherungsnehmer auch versicherte Person, leisten wir bei Ihrem Tod an Ihre Erben. Ist ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder können wir seinen Aufenthalt nicht ermitteln, dürfen wir an den Inhaber des Versicherungsscheins zahlen.

4 Wir überweisen die versicherte Leistung bzw. vereinbarte Rente ausschließlich in Euro auf das vom Empfangsberechtigten benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb des europäischen Wirtschaftsraums überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

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

1 Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Die anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten werden durch die Beiträge bzw. die Teile der Beiträge, die nicht für die Zuteilung von Fondsanteilen verwandt werden (§ 23), beglichen.

2 Die Kosten für die Zuweisung von Anteilen werden durch die Differenz zwischen dem Ausgabe- und Rücknahmekurs für die Anteile in Höhe von 5%, den Rücknahmeabschlag, erhoben (vgl. §§ 24 und 25).

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

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

3

- a)** Zur Deckung der allgemeinen Bestandsverwaltungskosten, die durch die Verwaltung des Vertrags anfallen, erheben wir monatlich eine Verwaltungsgebühr. Den zur Deckung dieser Kosten erforderlichen Betrag entnehmen wir Ihrem Anteilguthaben. Die Höhe der im ersten Versicherungsjahr geltenden monatlichen Verwaltungsgebühr wird in Ihren „II. Besonderen Informationen für die Schwere Krankheiten Vorsorge, Teil I“ ausgewiesen. Diese gilt so lange, bis sie gemäß den nachstehenden Regelungen geändert wird.

b) Wir überprüfen jährlich, in der Regel im Januar, ob die bei Versicherungsbeginn beziehungsweise die nach der letzten Anpassung geltende Verwaltungsgebühr der Entwicklung der tatsächlichen Kosten entspricht. Die Höhe der tatsächlichen Kosten ergibt sich aus den durchschnittlichen jährlichen Personalkosten für einen Mitarbeiter in unserer Bestandsverwaltung (nicht aber für Mitarbeiter mit anderen Tätigkeiten) während des letzten Kalenderjahrs zum Zeitpunkt der Überprüfung. Ändern sich diese Kosten gegenüber dem Stand zum Versicherungsbeginn beziehungsweise dem Stand zum Zeitpunkt der letzten Überprüfung, die zu einer Anpassung geführt hat, um mindestens 2%, passen wir die monatliche Verwaltungsgebühr im selben Verhältnis mit Wirkung für die Zukunft an. Die Änderung tritt frühestens zum nächsten Jahrestag des Versicherungsbeginns ein. Erhöhungen bzw. Senkungen der monatlichen Verwaltungsgebühr dienen ausschließlich dazu, Steigerungen bzw. Senkungen bei den allgemeinen Bestandsverwaltungs-

kosten der Schwere Krankheiten Vorsorge, nicht aber bei den anderen in diesem § 31 genannten Kosten aufzufangen. Wenn wir die monatliche Verwaltungsgebühr anpassen, unterrichten wir Sie über die Ergebnisse und die entsprechend danach geltende monatliche Verwaltungsgebühr.

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

- 4** Die Kosten für den Risikoschutz („Risikokosten“) werden gemäß Absatz 7 durch die Streichung von Fondsanteilen an jedem Monatsanfang erhoben. Bei der Erhebung der Risikokosten berücksichtigen wir die Differenz zwischen dem Wert des Anteilguthabens und der Höhe der versicherten Leistung(en) zum maßgeblichen Stichtag. Die Risikokosten werden von uns nach § 33 Absatz 1 festgelegt und können nur im Rahmen der §§ 33 und 34 erhöht werden.

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

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

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

Die in diesem Absatz 5 beschriebenen Kosten werden vom Fondswert abgezogen. Sie werden durch entsprechende Veräußerung von in dem Fonds enthaltenen Vermögenswerten beglichen und sind deswegen in dem Ausgabe- bzw. Rücknahmekurs der Fondsanteile berücksichtigt.

- 6** Wenn Ihr Kreditinstitut die Einlösung einer Lastschrift verweigert oder Sie Ihre Beitragszahlungen aus dem Ausland vornehmen, können wir Ihnen die damit verbundenen Kosten in Rechnung stellen. Dies wird in der Regel gemeinsam mit Ihrer nächsten Beitragszahlung erfolgen.

Wir können auch nach § 20 Absatz 11 eine dem Aufwand angemessene Gebühr verlangen, wenn Sie eine Vertragsänderung im Rahmen des § 20 mehr als zweimal innerhalb eines Versicherungsjahres vornehmen möchten.

- 7** Sofern Kosten durch die Streichung von Fondsanteilen erhoben werden, wird die entsprechende Summe vom Fondswert abgezogen und durch Veräußerung von in dem Fonds enthaltenen Vermögenswerten beglichen. Sollte kein oder kein ausreichendes Anteilguthaben vorhanden sein, um die jeweiligen Kosten zu begleichen, entsteht ein entsprechendes Sollsaldos (ein „Sollsaldos zum Anteilguthaben“), das bei späterer Zuteilung von Fondsanteilen durch deren Streichung bis zur Rückführung des Sollsaldos ausgeglichen wird. Das Entstehen eines Sollsaldos zum Anteilguthaben führt aber nur zur Beendigung des Versicherungsvertrags in den in § 32 Absatz 7 beschriebenen Fällen.

- 8** Wir teilen Ihrer Schwere Krankheiten Vorsorge gemäß § 27 zusätzliche Anteile als Treueboni zu. Ziel der Treueboni ist es, die Auswirkung der Kostenbelastung auf Ihren Vertrag zu reduzieren. Der Wert des jeweiligen Treuebonus und die mit den Treueboni verfolgte Kostenreduzie-

rung ist abhängig von der Wertentwicklung Ihres Vertrags, so dass sie entsprechend der Wertentwicklung unterschiedlich ausfallen kann. Die Treueboni kommen nur vertragstreuen Kunden zugute, die die Voraussetzungen des § 27 erfüllen.

§ 32 Wann nehmen wir eine Vertragsüberprüfung vor? Wann können wir eine erneute Risikoprüfung verlangen?

- 1** Um Ihren Beitrag bei Vertragsabschluss zu berechnen, machen wir Annahmen über die Wertentwicklung des Fonds und die Höhe der Kosten und Gebühren über die Dauer des Versicherungsvertrags. Dabei berücksichtigen wir auch die von Ihnen bei Vertragsabschluss gewählte Ziellaufzeit. Unter Anwendung dieser Annahmen würde der vereinbarte Beitrag ausreichen, um den vereinbarten Schutz bis zum Ablauf der Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Die von Ihnen gewählte Ziellaufzeit haben wir in Ihrem Versicherungsschein aufgeführt.

- 2** Die tatsächliche Wertentwicklung des Fonds und dadurch Ihres Anteilguthabens ist aber nicht vorhersehbar und Änderungen der Kosten und Gebühren sind möglich. Wenn die Wertentwicklung des Fonds niedriger oder die Kosten und Gebühren höher als angenommen ausfallen, wird der vereinbarte Beitrag nicht ausreichen, um den vereinbarten Schutz für die Ziellaufzeit aufrechtzuerhalten. Wir werden deswegen innerhalb von sechs Monaten vor oder nach den folgenden Zeitpunkten („Termine für die planmäßige Vertragsüberprüfung“) eine Vertragsüberprüfung vornehmen (die „planmäßige Vertragsüberprüfung“):

- a)** erstmals am 5. Jahrestag Ihres Versicherungsbeginns (der „erste Termin für die planmäßige Vertragsüberprüfung“);
- b)** danach in Abständen von fünf Jahren am entsprechenden Jahrestag, bis die versicherte Person bzw. die ältere versicherte Person den 65. Geburtstag erreicht hat;
- c)** am ersten Jahrestag, nachdem die versicherte Person bzw. die ältere versicherte Person den 65. Geburtstag erreicht hat;
- d)** danach in jährlichen Abständen an jedem Jahrestag, bis der Versicherungsvertrag endet;
- e)** unabhängig von a) bis d) nach Ablauf der zuletzt gewählten Ziellaufzeit.

- 3** Wir werden außerdem eine Vertragsüberprüfung (die „außerplanmäßige Vertragsüberprüfung“) vornehmen

- a)** innerhalb von sechs Monaten, nachdem ein Versicherungsfall für die versicherte Person (außer im Fall der Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit oder bei Anspruch auf die vorgezogene Todesfallleistung) eingetreten ist und Schutz danach weiterhin besteht,
- b)** innerhalb von sechs Monaten nach Teilkündigung,
- c)** innerhalb von sechs Monaten nach Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach der Beitragsfreistellung,
- d)** bei nach § 20 beantragter Veränderung der Höhe des Schutzes bzw. der Ziellaufzeit (auch bei Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie).

- 4** Bei der Vertragsüberprüfung berücksichtigen wir die bisherige tatsächliche Wertentwicklung Ihres Anteilguthabens und die angefallenen Kosten und Gebühren sowie unsere Einschätzung der voraussichtlichen langfristigen Wertentwicklung Ihres Anteilguthabens und der zu erwartenden Kosten und Gebühren.

- 5** Nach der Vertragsüberprüfung teilen wir Ihnen den gegebenenfalls geänderten Beitrag mit, der nach unserer Einschätzung notwendig sein wird, um den vereinbarten Schutz unter Annahme folgender Ziellaufzeiten aufrechtzuerhalten:

- a)** bis zum Ende der von Ihnen zuletzt gewählten Ziellaufzeit, falls diese noch nicht abgelaufen ist, und
- b)** bis zum nächsten Termin für die Vertragsüberprüfung. Sofern es sich um eine außerplanmäßige Vertragsüberprüfung handelt, werden wir aber nur von der zuletzt gewählten bzw. der gewünschten neuen Ziellaufzeit ausgehen, es sei denn, diese ist abgelaufen; dann gehen wir von einer Ziellaufzeit bis zum nächsten Termin für die Vertragsüberprüfung gemäß Absatz 2 a) bis d) aus.

- 6 Wir werden Ihnen gleichzeitig die folgenden Möglichkeiten, soweit zutreffend, bieten, wobei wir Ihnen mitteilen werden, welche Auswirkungen dies auf die in Absatz 5 genannte(n) Ziellaufzeit(en) haben wird:
- a) den Schutz entsprechend zu verringern und die Beitragshöhe unverändert zu lassen;
 - b) die Beitragshöhe entsprechend anzuheben und den Schutz unverändert zu lassen;
 - c) die für die gewünschte Erhöhung des Schutzes notwendige Beitragserhöhung durchzuführen;
 - d) Schutz und Beitragshöhe unverändert zu lassen oder
 - e) die Beitragshöhe unverändert zu lassen und die gewünschte Erhöhung des Schutzes durchzuführen.
- 7 Wenn Sie sich für eine Möglichkeit entscheiden, für welche wir Ihnen mitgeteilt haben, dass der angegebene Beitrag ausreichen wird, um den angegebenen Schutz bis zur nächsten planmäßigen Vertragsüberprüfung aufrechtzuerhalten, bleibt der Versicherungsvertrag bis zur nächsten Vertragsüberprüfung bestehen, auch wenn ein Sollsaldo zum Anteilguthaben besteht bzw. das Anteilguthaben null beträgt oder sich das Anteilguthaben vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringern sollte.
- 8 Wenn Sie sich für eine andere als in Absatz 7 beschriebene Möglichkeit entscheiden, endet der Versicherungsvertrag, wenn das Anteilguthaben sich vor der nächsten Vertragsüberprüfung auf null verringert. Wenn zu dem Zeitpunkt Ihrer Wahl das Anteilguthaben null beträgt oder nur ein Sollsaldo zum Anteilguthaben besteht, endet der Versicherungsvertrag mit sofortiger Wirkung.
- 9 Wenn wir Ihnen eine Wahl nach Absatz 5 bzw. 6 bieten, müssen Sie uns Ihre Entscheidung innerhalb eines Monats mitteilen. Ihre Entscheidung wird dann zum nächsten Fälligkeitstag nach Mitteilung an uns bzw. im Fall einer Vertragsänderung im Rahmen von § 20 zu den in § 20 Absatz 7 Sätze 2 und 3 geregelten Zeitpunkten wirksam.
- 10 Falls Sie uns keine Entscheidung rechtzeitig mitteilen, werden wir davon ausgehen, dass Sie den vor der Vertragsüberprüfung gültigen Schutz unverändert lassen wollen und eine Ziellaufzeit bis zum nächsten Termin für die planmäßige Vertragsüberprüfung gewählt haben. Auf diese mit einer nicht rechtzeitigen Entscheidung verbundene Rechtsfolge und den sich daraus ergebenden Beitrag werden wir Sie in unserer Mitteilung nach Absatz 5 bzw. 6 hinweisen.
- 11 Wir werden bei keiner Vertragsüberprüfung, auch nicht im Rahmen einer beantragten Veränderung der Ziellaufzeit Ihres Vertrags, eine erneute Risikoprüfung vornehmen, es sei denn, dass Sie eine Erhöhung des Schutzes außerhalb des Rahmens unserer Nachversicherungsgarantie beantragen. In diesem Umfang ist die versicherte Person durch uns lebenslang versicherbar.

§ 33 Wie werden die Risikokosten ermittelt? Können die Risikokosten oder die Beiträge von uns angepasst werden?

- 1 Die Höhe der Risikokosten wird bei Vertragsabschluss bzw. jeder erneuten Risikoprüfung unter Berücksichtigung von folgenden Punkten festgelegt:
- a) dem Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kostenerhebung;
 - b) ob die versicherte Person als Raucher eingeordnet wird (dieses hängt von den bei ursprünglicher Antragstellung angegebenen Informationen ab);
 - c) bei Vertragsabschluss bzw. -änderung vereinbarter Risikozuschläge;
 - d) der Art des vereinbarten Schutzes.
- 2 Da die Risikokosten mit zunehmendem Alter steigen und das Alter der versicherten Person zum Zeitpunkt der Kostenerhebung berücksichtigt wird, erhöhen sich die Risikokosten im Allgemeinen planmäßig zu jedem Jahrestag über die Laufzeit des Versicherungsvertrags. Diese Erhöhungen werden bei Vertragsabschluss bzw. jeder erneuten Risikoprüfung nach Absatz 1 festgelegt.

- 3 Wir werden für den jeweils vereinbarten Schutz eine Erhöhung des Beitrags nur im Rahmen einer planmäßigen oder außerplanmäßigen Vertragsüberprüfung verlangen. Eine Erhöhung der Risikokosten führt also nicht zu einer unmittelbaren Erhöhung der Beiträge.

§ 34 Können wir die Kosten für den Risikoschutz ändern?

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

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

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

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

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.

§ 36 Sind Sie an den Überschüssen beteiligt?

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

§ 37 Welches Recht findet auf Ihren Versicherungsvertrag Anwendung?

Auf Ihren Versicherungsvertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 38 Wo ist der Gerichtsstand?

- 1 Ansprüche gegen uns können nur in Deutschland bei dem für unsere deutsche Niederlassung örtlich zuständigen Gericht, bei dem örtlich zuständigen Gericht Ihres Wohnsitzes oder in Ermangelung eines solchen bei dem Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes geltend gemacht werden.
- 2 Wir können Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag an dem für Ihren Wohnsitz, Geschäftssitz oder Niederlassungssitz zuständigen Gericht geltend machen.

§ 39 Können die Versicherungsbedingungen oder deren Anlagen von uns angepasst werden?

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

§ 40 Welche Schlichtungsstelle gibt es?

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

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

§ 41 Übersicht der Definitionen

Ohne damit noch zusätzlich etwas regeln zu wollen, führen wir nachstehend die wichtigsten Definitionen für die Begriffe auf, die wir immer wieder im Rahmen dieser Versicherungsbedingungen sowie auch während der weiteren Vertragslaufzeit verwenden. Wir beschränken uns darauf, auf die Fundstelle in diesen Versicherungsbedingungen zu verweisen:

A

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

B

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

E

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

F

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

J

Jahrestag: § 16 Absatz 1

K

Kosten und Gebühren: § 31
Kündigung: § 19

M

Monatliche Verwaltungsgebühr: § 31 Absatz 3

N

Nachversicherungsgarantie: § 21

P

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

R

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

S

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

T

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

V

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

Z

Ziellaufzeit: § 32 Absatz 1
Zuteilung von Fondsanteilen: §§ 23 bis 26
Zwei versicherte Personen: § 10

ANLAGE 1 ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN DER SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE VON CANADA LIFE

DEFINITIONEN DER VERSICHERTEN SCHWEREN KRANKHEITEN

Allgemeine Hinweise:

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

Die in den folgenden Definitionen genannten Ärzte bzw. Fachärzte sind qualifizierte Ärzte/-innen im Sinne der Versicherungsbedingungen.

Eine für den Anspruch auf Leistung notwendige Diagnose bzw. Bestätigung muss endgültig und eindeutig sein sowie eine Begründung (gegebenfalls auch die von uns ausdrücklich verlangten Begründungen bzw. Tests) enthalten. Soweit in den Definitionen besondere Unterlagen genannt sind, sind sie der Diagnose bzw. Bestätigung beizufügen.

Wir haben versucht, die Definitionen für Sie verständlicher zu machen, indem wir manchen Definitionen eine vereinfachte Erläuterung medizinischer Begriffe beige-fügt haben. Diese vereinfachten Erläuterungen sind jedoch rechtlich unverbindlich. Der Anspruch auf Leistung hängt allein von der jeweiligen Definition, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Ausschlüssen, ab.

Versicherte schwere Krankheiten:

1 Herzinfarkt

Das erste Auftreten eines Herzinfarktes, d.h. das Absterben eines Teils des Herzmuskels infolge unzureichender Blutzufuhr zum Herzmuskel (Myokard). Die Diagnose und der Zeitpunkt des Auftretens müssen durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln, durch erhöhte herzspezifische Enzyme und frische, typische EKG-Veränderungen nachgewiesen werden. Angina Pectoris und „Nicht-ST-Strecken-Hebungsinfarkte (non-STEMI)“ sind ausgeschlossen.

2 Schlaganfall

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

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

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

oder

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

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

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

3 Krebs

Krebs bezeichnet eine bösartige Gewebsneubildung, bei der Körperzellen unkontrolliert wachsen und gesundes Gewebe verdrängen und zerstören. Die Diagnose Krebs im Sinne dieser Bedingungen umfasst auch Leukämien, bösartige Tumore des Lymphsystems (Lymphome), Morbus Hodgkin und maligne Knochenmarkserkrankungen. Die Diagnose muss anhand eines feingeweblichen Nachweises durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Krebs zeichnet sich durch ein unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in gesundes Gewebe und dessen Zerstörung aus.

Folgende Erkrankungen sind ausgeschlossen:

- Carcinoma in situ, d.h. alle prä-malignen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (z.B. CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmuttererkrankungen, Krebserkrankungen im Stadium 0)
- Früher Prostatakrebs nach der TNM-Klassifikation T1a NO MO und T1b NO MO
- Maligne Melanome der Haut nach der TNM-Klassifikation T1a NO MO, T1b NO MO und T2a NO MO
- Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome
- Alle anderen Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine Chemotherapie erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie ist durch einen gemäß § 28 Absatz 11 qualifizierten Arzt zu bestätigen.

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

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

4 Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

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

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

Folgende Befunde müssen vorliegen:

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

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

oder

- Vorliegen einer signifikanten (≥ 50%) linkskoronaren Hauptstammstenose

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

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

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

5 Angioplastie am Herzen

Behandlung zur Korrektur von zwei oder mehreren zu mindestens 70 % verengten Herzkranzgefäßen. Die medizinische Notwendigkeit der Behandlung muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden.

Es besteht kein Versicherungsschutz für eine Angioplastie am Herzen, deren Notwendigkeit innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes (siehe § 14 Absatz 1) bzw. nach Erhöhung des Schutzes, bezogen auf den erhöhten Teil, diagnostiziert wurde.

Beispiele eingeschlossener Behandlungen sind:

- Percutane transluminale Coronarangioplastie (PTCA)
- Implantation von Metallgeflechten (Stents)
- Atherektomie
- Laser

Sofern einer der o.g. Eingriffe erforderlich ist, um ein zu mindestens 70 % verengtes Herzkranzgefäß zu erweitern, erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

- a) 10.000 € oder
- b) 50 % der versicherten Leistung für schwere Krankheiten.

6 Aortenplastik

Operativer Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta aufgrund einer lebensgefährlichen Gefäßerkrankung. Die medizinische Notwendigkeit des Eingriffs aus diesem Grund muss von einem Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln bestätigt werden. Beispiele versicherter Eingriffe sind Eingriffe an der Aortenbifurkation, chirurgisches Einbringen von Gefäßprothesen bei Aortenaneurysma oder Aortendissektion. Ausgeschlossen sind das Einbringen von minimalinvasiven Stents und Eingriffe an den Seitenästen der Aorta.

7 Herzklappenoperation

Die erste offene oder endoskopische Herzklappenchirurgie, ausgeführt, um eine oder mehrere Herzklappen zu ersetzen oder zu reparieren, als Folge von Schäden, die allein durch intraarterielle Katheterverfahren nicht behoben werden können. Die Chirurgie muss auf Empfehlung eines behandelnden Kardiologen hin erfolgen. Es besteht kein Versicherungsschutz für Ballondilatationen und Rotablationen an den Herzklappen.

8 Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

Schwere Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund entweder einer Erweiterung der Herzhöhlen (dilatative Kardiomyopathie) oder einer Zunahme der Herzwanddicke (hypertrophische Kardiomyopathie). Es müssen trotz optimaler medikamentöser Therapie schwere Zeichen einer Herzleistungsschwäche vorliegen (Einschränkung von Klasse IV gemäß NYHA*). Die Diagnose muss durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln nachgewiesen werden.

*NYHA = New York Heart Association

9 Transplantation von Hauptorganen

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

10 Nierenversagen

Endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, aufgrund dessen eine regelmäßige Dialyse durchgeführt werden muss. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Nephrologie nachgewiesen werden.

11 Fortgeschrittene Lebererkrankung

Endstadium einer Lebererkrankung oder Diagnose einer Leberzirrhose. Es müssen dabei mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen:

- Hepatische Enzephalopathie
- Unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch)
- Permanente Gelbsucht
- Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen

Die Diagnose muss durch einen Arzt für Gastroenterologie nachgewiesen werden.

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

12 Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

Endstadium einer Lungenerkrankung, die zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führt. Die Diagnose muss aufgrund folgender Befunde durch einen Arzt für Lungenerkrankungen nachgewiesen werden:

- Eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie
- FEV1 (Forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffenau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter
- Ruhedyspnoe
- Arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger (PaO₂ ≤ 55 mm Hg)

13 Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung

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

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

14 Querschnittslähmung

Vollständiger und dauerhafter motorischer und sensibler Verlust der Gebrauchsfähigkeit eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine mit Schädigung des Rückenmarks oder Hirns, der durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden und Hemiplegie, Tetraplegie oder Paraplegie beinhalten muss.

15 Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie nachgewiesen werden.

16 Funktionsverlust von Gliedmaßen

Vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktion eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenks. Hierunter fällt auch die nicht wiederherzustellende Abtrennung eines Armes und eines Beines oder beider Arme oder beider Beine oberhalb des Hand- oder Fußgelenks.

Im Fall des vollständigen und dauerhaften Verlusts der Funktion eines Armes oder Beines bzw. der nicht wiederherzustellenden Abtrennung eines Armes oder Beines oberhalb des Hand- oder Fußgelenks erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

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

17 Multiple Sklerose

Diagnose einer multiplen Sklerose durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie, wobei die Erkrankung mehr als einen Schub von klar definierten und multiplen neurologischen Störungen verursacht, die ausgelöst sind durch Demyelinisierung des Gehirns und Rückenmarks. Es muss weiterhin durch die Diagnose nachgewiesen werden, dass für einen ununterbrochenen Zeitraum von sechs Monaten neurologische Symptome vorliegen, die eine Kombination von Beeinträchtigungen des Sehnervs, des Hirnstamms, Rückenmarks und der Koordination der sensorischen Funktionen beinhalten.

Sollte aufgrund der Diagnose nur der in Satz 1 des vorstehenden Absatzes genannte Gesundheitszustand, nicht aber die zusätzliche Diagnose gemäß dem dortigen Satz 2 nachgewiesen werden, erbringen wir für die versicherte Person eine Teilzahlung in Höhe des geringeren Betrags von:

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

18 Muskeldystrophie

Diagnose einer Muskeldystrophie durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie, bei der alle der folgenden Kriterien nachgewiesen werden müssen:

- Klinisches Erscheinungsbild, keine sensorischen Störungen, normaler Liquorbefund und leichte Einschränkung der Sehnenreflexe
- Charakteristisches Elektromyogramm
- Klinischer Verdacht bestätigt durch eine Muskelbiopsie oder durch geeignete, aktuelle Diagnoseverfahren gemäß den zum Zeitpunkt der Diagnosestellung geltenden Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie.

19 Motoneuronerkrankung

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

20 Schwere rheumatoide Arthritis

Ausgedehnte Gelenkerkrankung mit größeren klinischen Deformierungen in mindestens drei der folgenden Gelenksregionen: Schulter-, Hüft-, Knie-, Handgelenke, Ellenbogen, Halswirbelsäule, Fußgelenke, Metatarsophalangeal-Gelenke der Füße. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Rheumatologie nachgewiesen werden.

Ferner konnten nach ärztlicher Bestätigung mindestens 3 der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

21 Abhängigkeit von einer dritten Person (ab 18. bis 65. Geburtstag)

Bestätigung eines Facharztes über den Verlust der selbstständigen Existenz nach dem 18. und vor dem 65. Geburtstag, welcher dazu führte, dass mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen sechs Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden konnten:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

22 Gutartiger Hirntumor

Nicht bösartiger Tumor des Hirns oder der Hirnanhangdrüse. Die medizinische Notwendigkeit einer Operation des Tumors oder, falls inoperabel, das Vorliegen dauerhafter neurologischer Störungen muss durch die Diagnose eines Arztes für Neurologie nachgewiesen werden. Zysten, Granulome, Neurinome, Abszesse, Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Hämatome und Tumore der Wirbelsäule sind ausgeschlossen.

23 Bakterielle Meningitis

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

24 Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit

(vor dem 65. Geburtstag)

Die Erkrankung muss vor dem 65. Geburtstag zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz sowie zur Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung führen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie und durch standardisierte Tests und Fragebogen für Morbus Alzheimer nachgewiesen werden.

25 Enzephalitis

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

26 Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit

Diagnose einer idiopathischen Parkinson'schen Krankheit durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie.

Ferner konnten nach ärztlicher Bestätigung trotz optimaler Therapie mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen sechs Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- Sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zu-Bett-Gehen und Aufstehen

27 Schwere Kopfverletzung

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

28 Koma

Versagen der Hirnfunktion, das zu einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf externe Reize führt. Der Zustand muss mindestens 96 Stunden unter dauerndem Einsatz von lebenserhaltenden Systemen bestehen. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie nachgewiesen werden. Ein ärztlich verordnetes künstliches Koma ist ausgeschlossen.

29 Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

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

30 Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)

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

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

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

31 Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)

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

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

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

Die Diagnose muss durch einen Augenarzt erfolgen.

32 Sprachverlust

Der endgültige und vollständige Verlust der Fähigkeit zu sprechen, der nicht durch medizinische oder technische Maßnahmen verbessert werden kann. Der Sprachverlust muss für einen ununterbrochenen Zeitraum von 2 Monaten angedauert haben. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde nachgewiesen werden und eine Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder muss vorliegen. Alle psychiatrischen Ursachen sind ausgeschlossen.

33 Systemischer Lupus erythematoses

Diagnose eines systemischen Lupus erythematoses mit Beeinträchtigung des Herzens, des zentralen Nervensystems oder der Nieren. Die Diagnose muss durch einen Arzt für Rheumatologie unter Anwendung der internationalen Kriterien des „American College of Rheumatology“ (Revised Criteria for Classification of Systemic Lupus Erythematoses) nachgewiesen werden. Diskoider Lupus erythematoses ist ausgeschlossen.

„American College of Rheumatology revised criteria for classification of Systemic Lupus Erythematoses“ bedeutet auf Deutsch „Überarbeitete Kriterien zur Klassifikation des systemischen Lupus erythematoses des amerikanischen Instituts für Rheumatologie“.

34 HIV-Infektion durch Bluttransfusion

Infektion mit dem HI-Virus durch die Verabreichung einer infizierten Bluttransfusion nach Abschluss des Versicherungsvertrags. Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach der Transfusion erfolgt sein. Die Institution, welche die Bluttransfusion veranlasst hat, muss eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und für Bluttransfusionen autorisierte Institution sein. Der Sachverhalt muss von einem Facharzt für Labormedizin bestätigt werden.

35 HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten

Die HIV-Infektion muss nach Versicherungsbeginn

- durch eine Verletzung oder
- durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit während der Ausübung der Berufstätigkeit (der „Vorfall“) in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben sein:
- Ärzte/Ärztinnen und Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Heilpraktiker/in
- Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
- Krankenschwestern und -pfleger
- Arzthelferinnen und -helfer
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Zahnarzthelferinnen und -helfer
- Sanitäter/-innen
- Personal in medizinischen Labors
- Polizisten/Polizistinnen und Angehörige der Bundespolizei
- Pharmazeuten
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Gefängnispersonal
- Hebammen/Geburtshelfer
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Krankenhaushilfspersonal
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Personal bei Beerdigungsinstituten

Zusätzlich müssen folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- Die versicherte Person muss innerhalb von 36 Stunden nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt. Die Bestätigung dieses Bluttests und die Umstände des Vorfalls müssen uns innerhalb von 10 Tagen nach dem Vorfall gemeldet werden.
- Der Nachweis der Infektion durch HI-Viren oder der Gegenwart von HIV-Antikörpern im Blut muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
- Der Vorfall sowie die HIV-Infektion müssen nach den üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und anerkannt worden sein.

36 Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)

Diagnose einer aplastischen Anämie mit dauerhaftem Versagen der Blutbildung des Knochenmarks, das zu Anämie, Neutropenie und Thrombopenie führt, die mindestens eine der folgenden Behandlungen erforderlich machen:

- Blutbestandteilübertragung
- Knochenmarktransplantation
- Immunsystemunterdrückende Behandlung
- Knochenmarkstimulierende Medikamente

Die Diagnose und die Notwendigkeit der entsprechenden Behandlung müssen durch einen Arzt für Hämatologie nachgewiesen werden.

37 Amyotrophe Lateralsklerose (ALS)

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

38 Transplantation von Knochenmark

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

39 Erkrankungen des zentralen Nervensystems

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

- Eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel (wie z.B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) gehend zurücklegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.

- Ohne fremde Hilfe auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen.
- Ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
- Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in ihrer Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes.

40 Asbestose

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

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

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

41 Schwere Unfall

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

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

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

42 Intrakranielles (= im Schädel gelegenes) Aneurysma

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

43 Progressive Supranukleäre Blickparese

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

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

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

44 Multisystematrophie mit der Folge dauerhafter Symptome

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

- motorische Funktion mit damit verbundener Steifigkeit der Bewegungen, oder
- Fähigkeit zur Koordination der Muskelbewegung, oder
- Blasenkontrolle und orthostatische Hypotonie.

Um Ihren Anspruch auf eine Leistung prüfen zu können, benötigen wir die eindeutige Diagnose eines Facharztes für Neurologie.

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

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

46 HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs

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

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

ANLAGE 2 ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE

Allgemeine Hinweise:

Diese Anlage 2 ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life.

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

1 Erwerbsunfähigkeits- und Pflegeschutz

Erwerbsunfähigkeit:

Die Erwerbsunfähigkeit einer versicherten Person im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn

- a) die versicherte Person vor Vollendung des 60. Lebensjahrs infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, mindestens 6 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage war, mehr als drei Stunden täglich einer beliebigen Erwerbstätigkeit nachzugehen, und
- b) für mindestens 18 weitere Monate nach gesicherter ärztlicher Diagnose keine Besserung des Zustandes zu erwarten ist.

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

Pflegebedürftigkeit:

Die Pflegebedürftigkeit einer versicherten Person im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn

- a) die versicherte Person ab Vollendung des 60. Lebensjahrs mindestens drei der folgenden Tätigkeiten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausführen konnte:

- Baden und Duschen,
 - Be- und Entkleiden,
 - Essen und Trinken,
 - sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen,
 - Toilette benutzen,
 - Zu-Bett-Gehen und Aufstehen,
- und dieser Gesundheitszustand von einem qualifizierten Arzt/Ärztin im Sinne der Versicherungsbedingungen bestätigt wird; oder
- b) wenn der versicherten Person in der gesetzlichen Pflegeversicherung oder in einer diese ersetzenden privaten Pflegeversicherung eine der beiden höchsten Pflegestufen (Pflegestufe II oder III nach dem Stand 31.12.2016) zuerkannt wurde und ihr deshalb Ansprüche auf häusliche Pflegehilfe und/oder Pflegegeld zustehen.

2 Berufsunfähigkeitsschutz bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes

Die Berufsunfähigkeit bei chronischer Erkrankung der Wirbelsäule oder des Geistes einer versicherten Person im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person während der Versicherungsdauer und vor Ablauf des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person ihr 60. Lebensjahr vollendet, aufgrund

- a) einer funktionellen Störung der Rückenwirbel oder der Bandscheiben oder
 - b) Schizophrenie, schweren depressiven Erkrankung, die eine Behandlung mit Antidepressiva und eine psychotherapeutische Begleittherapie für mindestens 6 Monate erforderlich macht,
- für mindestens 6 Monate zu wenigstens 50% außerstande ist, ihren zuletzt ausgeübten Beruf auszuüben und keine ihren Lebensstandard während andere Tätigkeit ausübt.

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

ERGÄNZENDE HINWEISE ZUM DATENSCHUTZ

Vorbemerkungen

Datenschutz ist unserem Unternehmen wichtig:

Unseren Kunden und Geschäftspartnern sichern wir Schutz der Persönlichkeitsrechte zu. Alle Mitarbeiter von Canada Life unterliegen einem Daten- und Geschäftsgeheimnis.

Unabhängig von gesetzlichen Vorschriften werden wir das Mögliche tun, um

- Ihre personenbezogenen Daten
 - nur für vereinbarte, klar definierte und rechtmäßige Zwecke zu erheben, nur zu übermitteln, wenn und soweit dies mit der Zweckbestimmung vereinbar ist,
- falsche oder unvollständige Daten zu berichtigen, zu sperren oder zu löschen, soweit dies möglich und zulässig ist,
- Transparenz hinsichtlich der Datenspeicherung zu gewährleisten.

Versicherungen können heute ihre Aufgaben nur noch mit Hilfe der elektronischen Informations- und Datenverarbeitung (kurz Informationstechnik – IT) erfüllen. Nur so lassen sich Vertragsverhältnisse korrekt, schnell und wirtschaftlich abwickeln; auch bietet die IT einen besseren Schutz der Versichertengemeinschaft vor missbräuchlichen Handlungen als die bisherigen manuellen Verfahren.

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person in der Bundesrepublik Deutschland werden durch das Bundesdatenschutzgesetz (BDSG) geregelt. Danach ist die Datenerhebung, -verarbeitung oder -nutzung zulässig, wenn das BDSG oder eine andere Rechtsvorschrift sie erlaubt oder wenn der Betroffene eingewilligt hat. Das BDSG erlaubt die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung stets, wenn dies im Rahmen der Zweckbestimmung eines Vertragsverhältnisses oder vertragsähnlichen Vertrauensverhältnisses geschieht oder soweit es zur Wahrung berechtigter Interessen der datenverarbeitenden Stelle erforderlich ist und schutzwürdige Belange des Betroffenen nicht beeinträchtigt werden.

Die Erhebung, Speicherung und Nutzung der uns bekannt gegebenen Daten zu Ihrer Person in Irland werden durch den irischen Data Protection Act geregelt. Der Data Protection Act lässt die Erhebung, Speicherung und Nutzung von Daten in Irland unter vergleichbaren Voraussetzungen wie in Deutschland zu und gewährt Ihnen ähnlichen Schutz.

Wir informieren Sie stets, wenn wir persönliche Daten (Angaben, die sich unmittelbar auf eine natürliche Person beziehen oder über die eine solche Person bestimmt werden kann) erstmals erheben, verarbeiten oder nutzen wollen und Ihnen dieses den Umständen nach nicht bekannt sein sollte. Welche Daten wir erheben, entscheiden allein Sie, ebenso wie die Frage, wofür wir diese verarbeiten oder nutzen. Damit Sie Ihre Entscheidung treffen können, machen wir stets darauf aufmerksam, sobald sich diese Frage stellt.

Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung

Die Regelungen des Versicherungsvertragsgesetzes, des Bundesdatenschutzgesetzes sowie anderer Datenschutzvorschriften enthalten keine ausreichenden Rechtsgrundlagen für die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Gesundheitsdaten durch Versicherungen. Um Ihre Gesundheitsdaten für den Antrag und den Vertrag erheben und verwenden zu dürfen, benötigen wir daher Ihre datenschutzrechtlichen Einwilligungen. Darüber hinaus benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung, 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 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.

Der Text der Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung wurde im Frühjahr 2011 mit den Datenschutzaufsichtsbehörden inhaltlich abgestimmt und in Ihren Versicherungsantrag eingefügt.

Vertrauliche Informationen bleiben bei Canada Life grundsätzlich vertraulich. Insbesondere gilt dies für die uns anvertrauten personenbezogenen Daten, wie Gesundheitsdaten. Wir sorgen dafür, dass in den Informations- und Kommunikationssystemen, die unserer Verantwortung unterliegen, angemessene technisch-organisatorische Maßnahmen zur Vertraulichkeit dieser Informationen ergriffen werden.

Spezielle Informationen zum Datenschutz bei Besuch unseres Internetauftritts

Bei Besuch unseres Internetauftritts erheben wir so wenige Daten wie möglich.

Im Einzelnen sind dies folgende Fälle:

- Wenn Sie online Kontakt mit uns oder unserer Geschäftsleitung aufnehmen: Hier benötigen wir Ihren Namen, die Postleitzahl und Ihre E-Mail-Adresse sowie Ihre Telefonnummer, um Ihre Anfrage bearbeiten zu können. Diese Daten werden zur Beantwortung Ihrer Anfrage verwendet und nach 3 Monaten gelöscht.
- Wenn Sie online eine Änderung von Daten zum Vertrag übermitteln oder Informationen zu Ihrem Vertrag einholen wollen (Sie können dies auch ohne Weiteres per Post tun): Sie entscheiden, ob dieser Weg genutzt werden soll und welche Daten wir erhalten. Die Daten werden dann wie alle Daten zu Verträgen und Kunden behandelt.
- Wenn Sie online mit uns Kontakt aufnehmen, um sich persönlich beraten zu lassen: Hier benötigen wir Ihren Namen, Ihre Adresse sowie Ihre E-Mail-Adresse und Ihre Telefonnummer, um Ihre Anfrage bearbeiten zu können. Diese Daten werden zur persönlichen Kontaktaufnahme mit Ihnen durch einen an Canada Life angebotenen Vermittler verwendet und nach 6 Monaten gelöscht.
- Wenn Sie Informationsmaterial anfordern: Hier benötigen wir Ihren Namen, Ihre Adresse und Ihre Telefonnummer, um Ihnen das gewünschte Material zukommen zu lassen. Diese Daten werden nicht personenbezogen gespeichert (nur statistisch in anonymisierter Form) und nach Ablauf von 3 Monaten gelöscht. Nur bei Abschluss eines Vertrags innerhalb von 3 Monaten übernehmen wir diese Daten. Zuvor werden Sie aber im Rahmen des Vertragsabschlusses noch eine gesonderte Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung erhalten.
- Wenn Sie bei uns Geschäftspartner werden wollen: Hier benötigen wir Ihren Namen, Ihre Adresse und Ihre Telefonnummer, um Ihre Anfrage bearbeiten zu können. Auch diese Daten werden nur zur möglichen Kontaktaufnahme mit Ihnen verwendet und bei Abschluss eines Vertrags gegebenenfalls übernommen. Ansonsten werden auch diese Daten nach 3 Monaten gelöscht.
- Wenn Sie sich als Geschäftspartner zu einer Veranstaltung anmelden: Hier benötigen wir Ihren Namen, Ihre Adresse sowie Ihre E-Mail-Adresse und Ihre Telefonnummer, um Ihre Anfrage bearbeiten zu können.

Wir speichern in anonymer Form Angaben zur Häufigkeit, zu Interessen und Bedürfnissen von Kunden, die unseren Internetauftritt besuchen. Dabei ist aber eine Feststellung des einzelnen Kunden nicht möglich und gewollt. Die Speicherung in anonymer Form dient vor allem auch der Verbesserung unseres Internetauftritts.

Außerdem sichern wir zu, dass jede Nachricht (inklusive Ihrer E-Mail an uns), die Sie uns übermitteln, automatisch verschlüsselt wird (SSL) und für Dritte nicht zugänglich ist. Durch die Einrichtung einer Firewall sind Daten, die Sie uns freiwillig übermitteln, bei uns gegen Zugriff Unbefugter geschützt.

Canada Life nimmt den Schutz Ihrer persönlichen Daten sehr ernst und hält sich strikt an die Regeln der Datenschutzgesetze. Einige der beim Besuch dieses Internetauftritts erfassten Daten bereiten wir für statistische Auswertungen auf. Wir verwenden das Webtrekk Report Tool der Webtrekk GmbH. Hiermit erheben wir statistische Daten über unsere Online-Aktivitäten und deren Nutzung, um diese entsprechend zu optimieren. Informationen zur Verwendung von Webtrekk finden Sie in unserem Internetauftritt unter www.canadalife.de.

Weitere Auskünfte und Erläuterungen über Ihre Rechte

Ihre Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärung kann mit Wirkung für die Zukunft durch Sie widerrufen werden. Ein Widerruf ist möglich, wenn Ihnen die Fortsetzung der Verarbeitung objektiv nicht mehr zumutbar ist. Trotz Widerrufs kann eine Datenverarbeitung und -nutzung aufgrund gesetzlicher Vorschriften, wie unter „Vorbemerkungen“ beschrieben, erfolgen.

Sie haben als Betroffener nach dem BDSG ein Recht auf unentgeltliche Auskunft sowie unter bestimmten Voraussetzungen ein Recht auf Berichtigung, Sperrung oder Löschung Ihrer in einer Datei in der Bundesrepublik Deutschland gespeicherten Daten. Wir gewähren Ihnen dieses Recht gemäß dem irischen Data Protection Act auch für in Irland gespeicherte Daten.

Sie können ein etwaiges Verlangen nach Auskunft, Berichtigung, Sperrung oder Löschung wegen Ihrer gespeicherten Daten an uns richten. Auch wegen der beim Rückversicherer gespeicherten Daten wenden Sie sich bitte an uns:

Datenschutzbeauftragte(r) von Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland, Höniger Weg 153a, 50969 Köln.

Darüber hinaus können Sie etwaige Beschwerden richten an die/den Datenschutzbeauftragte(n) der Republik Irland:
Office of the Data Protection Commissioner, Canal House, Station Road, Portllington, Co. Laois, R32 AP23, Ireland.

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

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

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

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

Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

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

Stand Januar 2017