

Bedingungen

für die Dread-Disease-Zusatzversicherung

Schwere-Krankheiten-Option

Stand: 01.2025 (AVB_BC_SKZ_2025_01)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Schwere-Krankheiten-Option entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar. Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

Ein Beispiel: Tritt ein Leistungsfall bei der Versicherten Person ein, dann zahlen wir die vereinbarte Kapitaleistung aus. Tritt ein Leistungsfall bei dem Versicherungsnehmer ein, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel H dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

Inhalt

A	Wie funktioniert Ihre Schwere-Krankheiten-Option?	3	6	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?	12
B	Unsere Leistungen und Einschränkungen	3	6.1	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?	12
1	Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?	3	6.2	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?	12
1.1	Wann entsteht der Leistungsanspruch?	3	6.3	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung	12
1.2	Welche Einschränkungen gibt es für einen Leistungsanspruch?	3	6.4	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten	13
1.3	Nachweis der Beeinträchtigung	4	D	Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven	13
1.4	Schadenminderungspflicht und Hilfsmittel	4	7	Was ist eine Überschussbeteiligung?	13
1.5	Krebs	4	7.1	Beteiligung an dem Überschuss	13
1.6	Herzinfarkt	5	7.2	Beteiligung an den Bewertungsreserven	14
1.7	Schlaganfall	5	8	Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?	14
1.8	Multiple Sklerose	5	8.1	Beitragsverrechnung	14
1.9	Querschnittslähmung	6	8.2	Bonus	15
1.10	Koma	6	8.3	Welche Option haben Sie beim Überschussverwendungs-System Bonus?	15
1.11	Blindheit	6	9	Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?	15
1.12	Taubheit	6	E	Auszahlung von Leistungen	15
1.13	Verlust der Sprache	7	10	Ab wann zahlen wir Leistungen aus?	15
1.14	Schädel-Hirn-Trauma	7	11	An wen zahlen wir Leistungen aus?	15
2	Welche Leistungen erbringen wir?	8	F	Unser Vertragsverhältnis	16
2.1	Zahlung einer Kapitalleistung	8	12	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	16
2.2	Rechnungsgrundlagen	8	13	Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?	16
2.3	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	8	13.1	Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?	16
2.4	Sonstige Regelungen	8	14	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	16
3	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	8	G	Kündigung der Zusatzversicherung	17
4	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	8	15	Wann und wie können Sie Ihre Zusatzversicherung kündigen?	17
5	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	9	16	Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?	17
5.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen einer schweren Krankheit verlangen?	9	H	Erläuterung wichtiger Begriffe	18
5.2	Hinweis zu Arztanordnungen	9			
5.3	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	10			
5.4	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	11			
5.5	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	12			
5.6	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	12			
C	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten	12			

A Wie funktioniert Ihre Schwere-Krankheiten-Option?

Unsere Schwere-Krankheiten-Option ist eine Zusatzversicherung, die Sie im Falle einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen mit einer Kapitalleistung gegen die finanziellen Folgen absichert.

Sie können sich bei Vertragsschluss für eine Kapitalleistung in Höhe der 12-, 24- oder 36-fachen garantierten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente der Berufsunfähigkeitsversicherung (Hauptversicherung) entscheiden.

Beispiel: Sie haben sich bei Vertragsschluss für eine garantierte monatliche Berufsunfähigkeitsrente in Höhe von 1.000 Euro und eine garantierte Kapitalleistung der Schwere-Krankheiten-Option in Höhe der 12-fachen garantierten monatlichen Berufsunfähigkeitsrente entschieden. Im Falle einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen erhalten Sie dann mindestens eine einmalige Kapitalleistung in Höhe von 12.000 Euro, sofern der Vertrag bis zu diesem Zeitpunkt vereinbarungsgemäß geführt wurde.

B Unsere Leistungen und Einschränkungen

1 Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen?

Die nachstehend aufgeführten Krankheiten gelten als schwere Krankheiten, wenn Sie die im jeweiligen Unterpunkt (siehe 1.5 ff.) beschriebenen Voraussetzungen erfüllen:

- Krebs
- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Multiple Sklerose
- Querschnittslähmung
- Koma
- Blindheit
- Taubheit
- Verlust der Sprache

- Schädel-Hirn-Trauma.

1.1 Wann entsteht der Leistungsanspruch?

Der Anspruch auf die Kapitalleistung entsteht grundsätzlich 28 Tage nach Diagnose einer bedingungsgemäßen schweren Krankheit durch einen entsprechenden Facharzt, sofern die Versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt und es keine Einschränkungen für einen Leistungsanspruch im Sinne von 1.2 gibt.

1.2 Welche Einschränkungen gibt es für einen Leistungsanspruch?

Auch nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer schweren Krankheit besteht Ihre Versicherung fort. Wenn bei der Versicherten Person nacheinander mehrere versicherte schwere Krankheiten eintreten, besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich auch für diese weiteren schweren Krankheiten. Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:

- Nach Eintritt einer schweren Krankheit gilt eine Wartezeit von drei Monaten, das heißt, der Eintritt einer weiteren schweren Krankheit während dieses Zeitraums begründet keinen neuen Versicherungsfall.
- Wenn die versicherte schwere Krankheit, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt, kann kein weiterer Versicherungsfall für diese Krankheit geltend gemacht werden. Das bedeutet, dass für jede versicherte schwere Krankheit maximal ein einmaliger Leistungsanspruch entsteht.
- Alle mittelbaren und unmittelbaren Folgen einer eingetretenen schweren Krankheit begründen keinen weiteren Versicherungsfall.
- Nach einem Herzinfarkt oder einem Schlaganfall wird nach Eintritt einer der beiden schweren Krankheiten die jeweilige andere schwere Krankheit nicht mehr vom Versicherungsschutz der Schwere-Krankheiten-Option umfasst. Nach einem Schlaganfall ist außerdem der Eintritt ei-

nes Verlustes der Sprache nicht mehr vom Versicherungsschutz der Schwere-Krankheiten-Option umfasst. Bei Eintritt eines Herzinfarkts besteht Ihre Versicherung daher ohne Versicherungsschutz für die schwere Krankheit Schlaganfall fort. Bei Eintritt eines Schlaganfalls besteht Ihre Versicherung daher ohne Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Herzinfarkt und Verlust der Sprache fort.

1.3 Nachweis der Beeinträchtigung

Der Eintritt einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen muss zu nachweisbaren physischen Veränderungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein. Die Diagnose muss durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren gestellt werden.

1.4 Schadenminderungspflicht und Hilfsmittel

Lässt die Versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen. Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Als zumutbar gelten alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Leistungsantrags als medizinischer Standard der Therapie gelten. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen).

1.5 Krebs

Krebs im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn ein solider Tumor durch eine feingewebliche Untersuchung (Histologie) eindeutig als bösartig (maligne) klassifiziert wurde und durch unkontrolliertes Wachstum und Ausbreitung maligner Zellen sowie durch Zerstörung von gesundem Gewebe charakterisiert ist. Die Diagnose muss durch einen qualifizierten Onkologen oder Pathologen erfolgen. Versicherungsschutz besteht nur, wenn

- ein Tumor ab einer Tumorgröße T2 nach der klinischen TNM-Klassifikation (oder entsprechender alternativer Stadieneinteilung) oder
- ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Morbus Hodgkin oder maligne (bösartige) Lymphome

nachgewiesen werden und zwischen Versicherungsbeginn – bzw. Erhöhungszeitpunkt des Versicherungsschutzes bezogen auf den Erhöhungsteil – und Erstdiagnosestellung ein Zeitraum von mindestens sechs Monaten vergangen ist.

Ausdrücklich von Versicherungsschutz ausgeschlossen sind

- Carzinoma in situ, das heißt alle prä-malignen Erkrankungen oder nicht-invasiven Krebserkrankungen (z. B. CIN-1 bis CIN-3 bei Gebärmutterhalsveränderungen, Krebserkrankungen im Stadium 0),
- früher Prostatakrebs nach TNM Klassifikation T1a N0 M0 und T1b N0 M0,
- Maligne Melanome der Haut nach TNM Klassifikation T1a N0 M0 und T1b N0 M0 und T2a N0 M0,
- Hyperkeratosen, Basaliome und Spinaliome,
- alle anderen Tumorerkrankungen im Stadium I, wenn für die Behandlung weder eine Strahlen- noch eine Chemotherapie erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemotherapie ist durch

einen Facharzt für Onkologie zu bestätigen.

Die oben beschriebenen Stadien-Einteilungen und Klassifikationen erfolgen gemäß der TNM-Klassifikation nach UICC/AJCC oder der Klassifikation für Lymphknotenerkrankungen nach Ann Arbor.

1.6 Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist das Absterben von Herzmuskelgewebe in Folge unzureichender Blutzufuhr in die betroffenen Bereiche des Herzmuskels wegen Verengung oder Verschlusses eines oder mehrerer Herzkranzgefäße. Es muss sich um einen während der Laufzeit des Vertrags akut aufgetretenen Infarkt handeln, der sich mit den zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden kardiologischen bzw. medizinischen Nachweisverfahren eindeutig belegen lässt. Dabei muss die Diagnose durch die folgenden Kriterien gesichert sein: Typische Brustschmerzen, Erhöhung der herzmuskelspezifischen Laborwerte (Enzyme), neu aufgetretene und für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind stumme Herzinfarkte sowie andere akute Koronarsyndrome (z. B. Angina pectoris).

1.7 Schlaganfall

Ein Schlaganfall (Hirnfarkt, zerebraler Insult, apoplektischer Insult, Apoplex, Gehirnschlag) im Sinne dieser Bedingungen ist eine plötzlich auftretende Schädigung des Gehirns, verursacht durch eine akute Minderdurchblutung des Gehirns oder eine Hirnblutung mit der Folge des irreversiblen Absterbens von Gehirnzellen und den daraus resultierenden neurologischen Störungen. Die Funktionsstörungen müssen dabei in einem Bereich auftreten, der durch die vom Schlaganfall betroffene Hirnregion gesteuert wird und zur Folge haben, dass eine der folgenden neurologischen Ausfallerscheinungen mindestens drei Monate vorgelegen hat, nach aktuellem medizini-

ischem Wissensstand nicht behebbar ist und voraussichtlich auf Dauer fortbestehen wird:

- Lähmungen
- Hör-, Seh-, Sprech- oder Schluckstörungen
- Geh- oder Koordinationsstörungen
- Sensibilitätsstörungen
- Tremor
- Bewusstseinsstörungen
- Krampfanfälle
- Epilepsie.

Als neurologische Ausfallerscheinungen gelten auch gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Störungen der Merkfähigkeit oder Konzentrationsfähigkeit, Persönlichkeitsveränderungen).

Der Schlaganfall muss mit einer zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden bildgebenden Diagnosetechnik (z. B. Computertomographie, Kernspintomographie) eindeutig belegt werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA, PRIND) sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

1.8 Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einer entzündlichen Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns und Rückenmarks, die zu motorischen und/oder sensorischen Ausfällen führen. Es muss ärztlich diagnostiziert und dokumentiert sein, dass die neurologischen Symptome über einen Zeitraum von ununterbrochen mindestens sechs Monaten vorliegen. Dabei müssen mit einer zum Zeitpunkt des Leistungsantrags geltenden Diagnosetechnik (z. B. mittels Computertomographie oder Magnetresonanztomographie) typische Entmarkungsherde im Gehirn oder Rückenmark (Zerstörung des Nervengewebes) nachgewiesen werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind radiologisch oder klinisch isolierte Syndrome sowie eine isolierte optische Neuritis.

1.9 Querschnittslähmung

Eine Querschnittslähmung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem kompletten und irreversiblen Verlust der Muskelfunktion von zwei oder mehr Gliedmaßen als Folge einer Erkrankung oder einer traumatischen Verletzung des Rückenmarks oder des Gehirns. Gliedmaßen in diesem Sinne sind definiert als vollständiger Arm (Oberarm, Unterarm und Hand) oder vollständiges Bein (Oberschenkel, Unterschenkel und Fuß). Die Lähmung muss dabei für mindestens drei Monate vorgelegen haben und durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende klinische Befunde begründet werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Lähmungen aufgrund von absichtlichen Selbstverletzungen oder psychischen Erkrankungen, aufgrund eines Guillain-Barré-Syndroms und aufgrund periodischer bzw. hereditärer Paralyse.

1.10 Koma

Ein Koma im Sinne dieser Bedingungen liegt vor bei einem Zustand der Bewusstlosigkeit ohne Reaktion auf äußere Reize oder körpereigene Bedürfnisse, wenn

- mit Hilfe der Glasgow Coma Scale (GCS) mindestens 96 Stunden lang ein Wert von maximal acht Punkten ermittelt wurde,
- die Anwendung lebenserhaltender Maßnahmen erforderlich ist und
- es zu neurologischen Ausfallerscheinungen kommt, die länger als 30 Tage nach Beginn des Komats anhalten.

Das Vorliegen dieser Voraussetzungen muss durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind ein medizinisch herbeigeführtes Koma sowie ein Koma in Folge von absichtlicher Selbstverletzung oder Alkohol- oder Drogenmissbrauch.

1.11 Blindheit

Ein Verlust der Sehfähigkeit der Versicherten Person liegt bei dauerhafter Blindheit oder hochgradigem Verlust der Sehkraft beider Augen vor, die nicht durch nichtinvasive, therapeutische Maßnahmen (z. B. medikamentöse Einstellung) oder Sehhilfen (z. B. Brille, Kontaktlinsen) korrigiert werden kann. Ein hochgradiger Verlust der Sehkraft liegt vor, wenn das Restsehvermögen nach optimaler Korrektur durch medizinische Maßnahmen und unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 3/60 (bzw. 0,05) oder weniger auf der Snellen-Sehprobetafel beträgt oder das Gesichtsfeld des besseren Auges auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum eingeschränkt ist, so dass ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad besteht. Der Verlust der Sehfähigkeit muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Sehverlust oder aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen.

1.12 Taubheit

Ein Verlust der Hörfähigkeit liegt vor, wenn bei der Versicherten Person – auch unter Nutzung von geeigneten Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte) – auf beiden Ohren anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z. B. Freiburger Wörtest) ein dauerhafter Hörverlust von mindestens 75 Prozent nachgewiesen wird oder ein Hörverlust von mindestens 60 Dezibel bei einer Tonfrequenz von 2-kHz vorliegt. Der Verlust der Hörfähigkeit muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde nachgewiesen werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Hörverlust oder ein Hörverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklung.

1.13 Verlust der Sprache

Ein Verlust der Sprachfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit nach abgeschlossenem Spracherwerb aufgrund körperlicher Ursachen (z. B. nach einer Kopfverletzung) völlig verloren hat oder diese auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. eines Kehlkopfmikrofons) so weit eingeschränkt ist, dass die Versicherte Person von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden wird, weil sie keinen verständlichen sinnvollen Satz bilden und aussprechen kann.

Der Verlust der Sprache muss über einen Zeitraum von sechs Monaten bestehen und durch ein neurologisches Gutachten nachgewiesen werden, bei aphasischen Störungen unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener Aphasie-Test, nachgewiesen werden.

Ausdrücklich von Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Sprachverlust oder ein Sprachverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen.

1.14 Schädel-Hirn-Trauma (schwere Kopfverletzung)

Eine durch ein Schädel-Hirn-Trauma hervorgerufene Schädigung des Gehirns im Sinne der Bedingungen liegt vor, wenn die Schädigung bei der Versicherten Person dazu führt, dass

- dauerhaft drei oder mehr Aktivitäten des täglichen Lebens (ADL) nicht mehr selbstständig verrichtet werden können, oder
- eine dauerhafte Bettlägerigkeit vorliegt und ein Aufstehen ohne fremde Hilfe nicht mehr möglich ist.

Unter Aktivitäten des täglichen Lebens sind zu verstehen:

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zu-Bett-Gehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden können.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen, eines Katheters oder eines Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Not-

darf kein Verlust der Aktivität „Verrichten der Notdurft“ vor.

Die genannten Einschränkungen müssen mindestens drei Monate lang ärztlich dokumentiert bestehen. Die Diagnose des Schädel-Hirn-Traumas muss durch einen Facharzt für Neurologie bestätigt und durch entsprechende bildgebende Befunde (z. B. Computertomographie des Gehirns) begründet werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist ein Schädel-Hirn-Trauma in Folge eines Alkohol- oder Drogenmissbrauchs oder einer absichtlichen Selbstverletzung.

2 Welche Leistungen erbringen wir?

2.1 Zahlung einer Kapitaleistung

Erleidet die Versicherte Person während der Versicherungsdauer eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir die vereinbarte Kapitaleistung.

2.2 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2015 CI, der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung DAV 2008 T und einem Rechnungszins in Höhe von 1,0 Prozent.

2.3 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

2.4 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen können Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung erhalten (siehe Kapitel D).

Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

3 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Schwere-Krankheiten-Option werden wir Sie jeweils innerhalb von vier Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 5.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle sechs Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 5.1) vor, erklären wir innerhalb von vier Wochen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung anerkennen.

4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Ein-

schränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eine schwere Krankheit erleidet oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung,
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte im Sinne des Strafrechts vorsätzlich sowie rechtswidrig den Versicherungsfall herbeigeführt hat,
- durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht, besteht kein Versicherungsschutz, sofern der Einsatz oder das Freisetzen der Stoffe darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist.

5 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

5.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen einer schweren Krankheit verlangen?

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung sowie unserer Leistungspflicht muss von Ihnen der Nachweis des Bestehens einer schweren Krankheit der Versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen erbracht werden. Hierfür sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt einer schweren Krankheit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens,
- Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

Die Regelungen des Abschnitts „Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten“ der Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung gelten sinngemäß auch bei Eintritt einer schweren Krankheit.

5.2 Hinweis zu Arztanordnungen

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Zusatzversicherung. Davon ausgenommen sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die

gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, wenn diese Hilfsmittel bzw. Heilbehandlungen eine sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten.

Lässt die Versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Leistungspflicht nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

5.3 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

5.3.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung 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, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien) und zu privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten).

Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

5.3.2 Rücktritt

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 die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn 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 Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

5.3.3 Kündigung

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

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe Abschnitt 6).

5.3.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingun-

gen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

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

5.3.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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 Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

5.3.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmemeinung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 5.3.2 gilt entsprechend.

5.3.7 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 5.3.1 bis 5.3.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 5.3.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

5.3.8 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer vorgenannten Rechte erfolgt durch eine 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.

5.4 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß 5.1 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht,

wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

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

5.5 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

5.6 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzahlen.

C Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

6 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

Die Möglichkeiten zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten richten sich nach den Bedingungen der Hauptversicherung. Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung beitragsfrei stellen.

6.1 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Eine Senkung der Beiträge oder eine Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung führt zu einer Kürzung der Leistungen der Schwere-Krankheiten-Option grundsätzlich im gleichen Verhältnis, außer die beitragsfreien Mindestsummen werden nicht erreicht.

6.2 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?

Die Möglichkeiten zur Wiederherstellung des ursprünglichen Beitrags oder der ursprünglichen Leistung richten sich nach den Bedingungen der Hauptversicherung.

6.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Beitragsfreistellung bzw. im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Kündigung ein Abzug erfolgt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

6.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge, befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung

Die Möglichkeiten zur Überbrückung von vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten richten sich nach den Bedingungen der Hauptversicherung.

D Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

7 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen.

Bei Ihrer Versicherung werden die Risiken von mehreren Versicherungsunternehmen im Rahmen eines Konsortiums gemeinsam getragen. Daher gehen in die Ermittlung der Beteiligung an dem Überschuss und der Beteiligung an den Bewertungsreserven auch die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Höhe der Beteiligung an dem Überschuss wird von diesen Gesellschaften jährlich im Rahmen ihrer Überschussdeklaration neu festgelegt. Die Bewertungsreserven für den Anteil der Konsortialgesellschaften werden von diesen Gesellschaften mindestens einmal jährlich ermittelt.

Die weiteren Erläuterungen beziehen sich auf die Ermittlung und Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven der Swiss Life als Konsortialführerin.

7.1 Beteiligung an dem Überschuss

Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet Überschüsse. Die Höhe der erwirtschafteten

Überschüsse hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Somit kann die Höhe der künftigen Beteiligung an dem Überschuss **nicht garantiert** werden.

Es können Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben, entsteht ein sogenannter Risikoüberschuss.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein sogenannter Kostenüberschuss.

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir

hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an dem Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Für die Beteiligung an dem Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Berufsunfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maße, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Diese Zusatzversicherung gehört zur Bestandsgruppe 125.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Vorstand jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Höhe der Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Abhängig von objektiven Risikomerkmale können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihre Bestandsgruppe bzw. an dem auf Ihre Gewinngruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wir veröffentlichen die festgelegten Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website www.swisslife.de/geschaeftsbericht einsehen.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 8 und 9.

7.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Die Schwere-Krankheiten-Option ist eine Risikoversicherung. Somit ist eine Schwere-Krankheiten-Option mit laufender Beitragszahlung hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt des Leistungsfalls **nicht überschussberechtig**.

8 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Sie können sich bei Antragstellung für Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung (8.1) oder für das Überschussverwendungs-System Bonus (8.2) entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

8.1 Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung an dem Überschuss.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

8.2 Bonus

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonushöhe bemisst sich in Prozent der garantierten Kapitalleistung.

Tritt der Versicherungsfall nicht ein, werden aus dem Bonus keine Leistungen fällig. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

Die Höhe des Bonus wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt.

8.3 Welche Option haben Sie beim Überschussverwendungs-System Bonus?

Sinkt der in Prozent der versicherten Leistung bemessene Bonus durch Anpassung des Überschussanteilsatzes, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist und Sie uns dies innerhalb von sechs Monaten, nachdem wir Sie über die Anpassung des Überschussanteilsatzes informiert haben, in Textform mitteilen.

9 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann

also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

E Auszahlung von Leistungen

10 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Der Anspruch auf Kapitalleistung entsteht grundsätzlich 28 Tage nach Diagnose einer bedingungsgemäßen schweren Krankheit durch einen entsprechenden Facharzt, sofern die Versicherte Person diesen Zeitpunkt erlebt und es keine Einschränkungen für einen Leistungsanspruch im Sinne von 1.2 gibt.

Meldefrist

Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt einer schweren Krankheit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

11 An wen zahlen wir Leistungen aus?

Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll und wir dem zugestimmt haben (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit in Textform widerrufen.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns vom bisherigen Berechtigten in Textform anzuzeigen.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten ha-

ben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten geändert werden.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform angezeigt worden sind.

F Unser Vertragsverhältnis

12 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

Ist ein Bezugsrecht eingeräumt, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

13 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

Eine Bestimmung kann durch eine höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

13.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderung maßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

14 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Diese Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Zusatzversicherung.

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus dieser Zusatzversicherung werden durch Kündigung oder Beitragsfreistellung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn eine schwere Krankheit im Sinne dieser Bedingungen bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird.

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

G Kündigung der Zusatzversicherung

15 Wann und wie können Sie Ihre Zusatzversicherung kündigen?

Sie können Ihre Zusatzversicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauf folgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist.

Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

16 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig und die Zusatzversicherung erlischt.

Eine Kündigung ist mit Nachteilen für Sie verbunden. Bei der Schwere-Krankheiten-Zusatzversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung, insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags, entstehen ebenfalls Kosten.

H Erläuterung wichtiger Begriffe

Aachener-Aphasie-Test (AAT)

Der Aachener-Aphasie-Test (AAT) ist ein Verfahren zur Diagnose von Aphasien (erworbene Störungen der Sprache nach abgeschlossenem Spracherwerb) infolge von Hirnschädigungen unterschiedlicher Art. In einem standardisierten Verfahren werden die Leistungen des Nachsprechens, Schreibens, des Lesens, des Benennens und des Sprachverstehens überprüft. Ein weiterer Bestandteil des AAT ist der Token-Test, der zusätzliche Informationen zur Abgrenzung gegenüber nicht-aphasischen Störungen und zur Bewertung des Schweregrads der Aphasie gibt. Bei den einzelnen Untertests werden Punkte vergeben; je weniger Punkte erreicht werden, desto schwerer ist die Aphasie.

Bestandskräftiger Verwaltungsakt

Eine Maßnahme einer Behörde, gegen die kein Rechtsmittel eingelegt werden kann oder ein Rechtsmittel erfolglos geblieben ist. Eine solche Behörde sind Kartellbehörden oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind.

Bezugsberechtigter

Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

CIN-1 bis CIN-3

Die Befunde der Gewebeuntersuchung, die sich im Rahmen einer Scheidenspiegelung (Kolposkopie) mit gleichzeitiger Biopsie (Gewebeentnahme) aus dem zu untersuchenden Bereich ergeben haben, werden mit der Abkürzung CIN (zervikale intraepitheliale Neoplasie) bezeichnet. CIN-1 steht dabei für kontrollbedürftige Befunde, bei denen eine spontane Heilung möglich ist. Bei CIN-3 handelt es sich um fortgeschrittene Krebsvorstu-

fen, bei denen in der Regel eine operative Entfernung des betroffenen Bereichs angeraten ist.

Deckungskapital

Ist der Wert der Verpflichtungen, die uns durch den Versicherungsvertrag entstehen. Es wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zu Änderung des Begünstigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Freiburger Wörterttest

Der Freiburger Wörterttest ist eine audiometrische Methode, bei der das Hörvermögen einer Person untersucht werden kann. Dabei werden der Person einfache Wörter in definierter Lautstärke vorgespielt, die dann von dieser korrekt nachgesprochen werden müssen.

Glasgow Coma Scale (GCS)

Die Glasgow Coma Scale wird insbesondere in der Intensivmedizin nach einer Schädel-Hirn-Verletzung verwendet. Mit ihrer Hilfe lassen sich Bewusstseinsstörungen quantifizieren. Bei acht oder weniger Punkten muss von einer schweren Funktionsstörung des Gehirns ausgegangen werden, die in der Regel eine künstliche Beatmung erforderlich macht.

Höchstrichterliche Entscheidung

Ist eine bindende Entscheidung eines obersten Gerichts. Ein solches Gericht kann zum Beispiel der Bundesgerichtshof sein.

Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2015 CI, der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung DAV 2008 T und einem Rechnungszins in Höhe von 1,0 Prozent.

Sicherungsvermögen

Alle unsere Vermögensgegenstände, mit denen wir die Ansprüche unserer Versicherungsnehmer decken.

Textform

Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Textform gefordert ist, bedeutet dies Folgendes: Die Mitteilung kann dann per Brief, E-Mail, in elektronischer Form über unsere Website oder Telefax erfolgen.

TNM-Klassifikation

Die TNM-Klassifikation ist die medizinische Einteilung bösartiger Krebserkrankungen in Stadien:

- „T“ bezeichnet die Ausdehnung des Primärtumors, wobei der nebenstehende Zahlenzusatz in der Regel die Größe des Tumors beschreibt (z. B. Tumor „T1“ ist kleiner als Tumor „T2“).
- „N“ beschreibt das Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen. Je größer die nebenstehende Zahl ist, desto ausgedehnter ist der Lymphknotenbefall (z. B. bedeutet „N0“, dass keine Anzeichen für einen Lymphknotenbefall vorliegen).
- „M“ beschreibt das Vorhandensein von Fernmetastasen (M0 bedeutet „keine Anzeichen für Fernmetastasen“, M1 bedeutet „Fernmetastasen vorhanden“).

Überschussanteilsätze

Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1,0 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

Überschussbeteiligung

An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften.

Überschüsse

Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse.

Überschussverwendungs-System

Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

Unzumutbare Härte

Ist, wenn das Festhalten am Vertrag für eine Partei unbillig oder untragbar ist. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall gegeben sein: Eine unwirksame Bestimmung entfällt und der Vertrag ist dadurch nicht mehr ausgewogen, weil eine Partei einseitig begünstigt wird. Wann eine unzumutbare Härte vorliegt, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.

Versicherte Person

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Zwei Beispiele: Bei einer Versicherung für den Fall des Erleidens einer schweren Krankheit versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person eine schwere Krankheit erleidet.

Versicherungsnehmer

Ist die (juristische) Person, die unser Vertragspartner ist. Sie schließt den Vertrag mit uns ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich betreffen den Versicherungsnehmer alle Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertrag ergeben. Der Versicherungsnehmer kann von der Versicherten Person und dem Begünstigten aus der Versicherung abweichen. In der betrieblichen Altersversorgung ist der Arbeitgeber der Versicherungsnehmer.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein zu. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel: über die Beiträge, den Beginn der Versicherung oder die Versicherte Person. Den Versicherungsschein müssen Sie gut aufheben, da dieser erforderlich ist, um Leistungen aus der Versicherung zu erhalten.

Versicherungsvertrag

Ist die rechtliche Grundlage für die Versicherung, die Sie mit uns abschließen.