

Besondere Versicherungsbedingungen für den Zusatzbaustein Leistung bei schwerer Krankheit (BDDZ-M)

Stand 06/2022

Ergänzend zu den Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Lebensversicherung (ALVB-M) und den für Ihren Vertrag geltenden Tarifbezogenen Versicherungsbedingungen gelten folgende Bestimmungen. Soweit in den Versicherungsbedingungen personenbezogene Bezeichnungen verwendet werden, umfassen sie Frauen und Männer gleichermaßen.

Inhaltsverzeichnis

1. Was ist versichert, und welche Versicherungsleistung erbringen wir?
2. Welche Krankheiten gelten als schwere Krankheit?
 - 2.1 Bösartiger Krebs
 - 2.2 Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall, Apoplex)
 - 2.3 Herzinfarkt
 - 2.4 Bypass-Operation der Koronararterien
 - 2.5 Chronisches Nierenversagen
 - 2.6 Organtransplantation
 - 2.7 Querschnittslähmung
 - 2.8 Blindheit
3. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?
4. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
5. Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?
6. Welche Kosten werden verrechnet?
7. Wann entsteht ein Anspruch auf Versicherungsleistung?
8. Was ist im Rahmen der Geltendmachung der Versicherungsleistung zu beachten, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?
9. Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt einer schweren Krankheit?
10. Wann können Sie den Zusatzbaustein kündigen, und wann endet der Versicherungsschutz?

Begriffsbestimmungen (ergänzend zu den Begriffsbestimmungen der ALVB-M und der für Ihren Vertrag geltenden Tarifbezogenen Versicherungsbedingungen)

Bitte lesen Sie die folgenden Begriffsbestimmungen sorgfältig durch – sie sind für das Verständnis der Versicherungsbedingungen notwendig.

Nettojahresbeitrag ist der Jahresbeitrag für diesen Zusatzbaustein ohne Versicherungssteuer.

Versicherungssumme ist die vertraglich vereinbarte Versicherungsleistung des Versicherers.

1. Was ist versichert, und welche Versicherungsleistung erbringen wir?

- 1.1 Der Zusatzbaustein Ihres Vertrags ist eine Zusatzversicherung für Leistung bei schwerer Krankheit gegen laufende Beitragszahlung. Dieser Zusatzbaustein bietet bei Eintritt des Versicherungsfalls die Zahlung der vereinbarten Versicherungssumme als Versicherungsleistung.

Der Versicherungsfall tritt ein, wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit an einer der folgenden schweren Krankheiten (Pkt. 2) erkrankt:

- > bösartiger Krebs
- > zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall)
- > Herzinfarkt
- > Bypass-Operation der Koronararterien
- > chronisches Nierenversagen
- > Organtransplantation
- > Querschnittslähmung
- > Blindheit

- 1.2 Die vereinbarte Versicherungsleistung wird auch bei Eintritt von mehreren schweren Krankheiten nur einmal erbracht. Damit erlischt für diese versicherte Person der Versicherungsschutz aus diesem Zusatzbaustein.

2. Welche Krankheiten gelten als schwere Krankheit?

2.1 Bösartiger Krebs

Krebs im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist das Vorliegen eines Tumors oder mehrerer Tumore, die durch mikroskopische Gewebeuntersuchung (Histologie) als bösartig klassifiziert wurden und durch unkontrolliertes Wachstum, Ausbreitung maligner (bösartiger) Zellen und durch Infiltration in normales Gewebe charakterisiert werden. Sollte eine Histologie nicht möglich sein, muss die Bösartigkeit durch eine andere schulmedizinisch anerkannte Untersuchungsmethode nachgewiesen sein.

Unter den Begriff „Krebs“ fallen auch die Tumorformen des Bluts, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Bildung von Lymphomen und Morbus Hodgkin.

Der Versicherungsschutz umfasst keine Frühformen von Krebserkrankungen:

- > Frühformen der Leukämie (ausgenommen: chronisch lymphatische Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt
- > chronisch lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1
- > Carcinoma in situ oder prämaligne Formen
- > Frühformen des Muttermundkrebses aller CIN-Stadien oder nach PAP-Klassifikation PAP-1 bis PAP-4
- > Maligne Melanome der TNM-Klassifikation T1aN0M0, T1bN0M0, T2aN0M0 sowie Basalzell- oder Spindelzellkarzinome

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der histologisch gesicherten onkologischen Diagnose und wenn die versicherte Person vom Zeitpunkt dieser Diagnose an gerechnet mindestens 30 Tage überlebt.

Es besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn der bösartige Krebs innerhalb der dafür festgelegten Wartefrist von drei Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wird. Diese Wartefrist gilt bei Erhöhung des Versicherungsschutzes für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

2.2 **Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall, Apoplex)**

Ein zerebrovaskulärer Insult im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist vom plötzlichen Auftreten neurologischer Ausfallerscheinungen gekennzeichnet, die mehr als 24 Stunden andauern. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein. Die Diagnose muss ferner durch typische Befunde in der Computer- oder Kernspintomographie des Gehirns untermauert sein. Die neurologischen Ausfälle müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind:

- > vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (transitorische ischämische Attacken (TIA))
- > lakunäre Infarkte ohne neurologische Defizite
- > migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt bestätigt, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen über einen Zeitraum von drei Monaten bestanden haben.

Für zerebrovaskulären Insult (Schlaganfall, Apoplex) ist keine dafür festgelegte Wartefrist nach Beginn des Versicherungsschutzes vereinbart.

2.3 **Herzinfarkt**

Herzinfarkt im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist eine bleibende Schädigung oder der Untergang eines Teils des durch die Koronararterien (Herzkranzgefäße) versorgten Herzmuskelgewebes infolge unzureichender Blutzufuhr.

Es besteht Leistungspflicht, wenn alle folgenden Nachweise vorliegen:

- > charakteristische, plötzlich einsetzende starke Brustschmerzen in der Vorgeschichte
- > neu auftretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen
- > eindeutig nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Enzymen (z.B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I oder Troponin T

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der gesicherten kardiologisch-internistischen Diagnose und wenn die versicherte Person vom Zeitpunkt dieser Diagnose an gerechnet mindestens 30 Tage überlebt.

Für Herzinfarkt ist keine dafür festgelegte Wartefrist nach Beginn des Versicherungsschutzes vereinbart.

2.4 **Bypass-Operation der Koronararterien**

Eine Bypass-Operation im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist die Durchführung einer Operation unter Eröffnung des Brustraums zur Korrektur von Verengung oder Verschluss von mindestens zwei Koronararterien mittels koronarer Bypass-Transplantate. Die medizinische Notwendigkeit der Operation muss durch einen Kardiologen bestätigt und durch eine Koronarangiographie nachgewiesen sein.

Angioplastie (PTCA) und/oder andere intraarterielle Therapieverfahren sowie die minimal-invasive Chirurgie sind nicht vom Versicherungsschutz umfasst.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit Abschluss einer erfolgreich verlaufenen Operation und wenn die versicherte Person vom Zeitpunkt dieser Operation an gerechnet mindestens 30 Tage überlebt.

Es besteht jedoch kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Bypass-Operation der Koronararterien innerhalb der dafür festgelegten Wartefrist von drei Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes diagnostiziert wird. Diese Wartefrist gilt bei Erhöhung des Versicherungsschutzes für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

2.5 Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen bedeutet ein endgültiges, nicht mehr zu behebendes Versagen beider Nieren, auf Grund dessen eine regelmäßige Dialyse oder eine Nierentransplantation notwendig ist.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit der fachärztlich gesicherten Indikation zur Dialyse oder mit Abschluss einer erfolgreich verlaufenen Transplantation und wenn die versicherte Person vom Zeitpunkt dieser Diagnose oder Operation an gerechnet mindestens 30 Tage überlebt.

Für chronisches Nierenversagen ist keine dafür festgelegte Wartefrist nach Beginn des Versicherungsschutzes vereinbart.

2.6 Organtransplantation

Organtransplantation im Sinne der Versicherungsbedingungen ist die Durchführung einer Transplantation von Herz, Leber, Lunge, Bauchspeicheldrüse, Niere, Dünndarm oder Knochenmark bei der versicherten Person als Organempfänger.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Transplantationen aller anderen Organe, von Organanteilen oder andere Gewebetransplantationen.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht mit Abschluss einer erfolgreich verlaufenen Transplantation und wenn die versicherte Person vom Zeitpunkt dieser Operation an gerechnet mindestens 30 Tage überlebt.

Für Organtransplantation ist keine dafür festgelegte Wartefrist nach Beginn des Versicherungsschutzes vereinbart.

2.7 Querschnittslähmung

Querschnittslähmung im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein vollständiger und dauerhafter Verlust der Funktionsfähigkeit von zwei oder mehr Extremitäten infolge einer durch Unfall oder Krankheit verursachten Unterbrechung der nervalen Versorgung durch das Rückenmark. Die Lähmungen müssen über einen Zeitraum von mindestens drei Monaten anhalten.

Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Lähmungen auf Grund eines Guillain-Barré-Syndroms.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt für Neurologie bestätigt, dass die Lähmungen über einen Zeitraum von drei Monaten bestanden haben.

Für Querschnittslähmung ist keine dafür festgelegte Wartefrist nach Beginn des Versicherungsschutzes vereinbart.

2.8 Blindheit

Blindheit im Sinne der Versicherungsbedingungen ist ein vollständiger, bleibender und nicht mehr therapierbarer Verlust des Sehvermögens beider Augen infolge Unfall oder Krankheit. Ein Restsehvermögen von zwei Prozent oder weniger gilt ebenfalls als Blindheit.

Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn ein Facharzt für Augenheilkunde diese Diagnose stellt und dies durch spezifische Tests abgesichert ist und wenn die versicherte Person vom Zeitpunkt dieser Diagnose an gerechnet mindestens 30 Tage überlebt.

Für Blindheit ist keine dafür festgelegte Wartefrist nach Beginn des Versicherungsschutzes vereinbart.

3. Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?

3.1 Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

Kein Versicherungsschutz besteht allerdings, wenn die schwere Krankheit verursacht ist:

3.1.1 im Zusammenhang mit jeglicher Art von Terrorakten. Terrorakte sind jegliche Handlungen von Personen oder Personengruppen zur Erreichung politischer, ethnischer, religiöser, ideologischer oder ähnlicher Ziele, die geeignet sind, Angst oder Schrecken in der Bevölkerung oder Teilen der Bevölkerung zu verbreiten und dadurch auf eine Regierung oder staatliche Einrichtung Einfluss zu nehmen.

3.1.2 infolge Teilnahme an kriegerischen Handlungen oder Unruhen auf Seiten der Unruhestifter

3.1.3 durch Verwicklung von Österreich in kriegerische Ereignisse

3.1.4 durch eine nukleare, biologische oder chemisch ausgelöste Katastrophe in Österreich

3.1.5 durch widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder die bezugsberechtigte Person vorsätzlich die schwere Krankheit der versicherten Person herbeigeführt haben

3.1.6 beim Versuch oder bei der Begehung gerichtlich strafbarer Handlungen durch die versicherte Person, für die Vorsatz Tatbestandsmerkmal ist

- 3.1.7 durch Selbstverstümmelung, absichtliche Herbeiführung von Krankheit, absichtliche Selbstverletzung oder versuchten Selbstmord. Wird uns jedoch nachgewiesen, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurde, besteht hingegen Versicherungsschutz.
- 3.1.8 durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift
- 3.1.9 durch mittelbaren oder unmittelbaren Einfluss ionisierender Strahlen im Sinne der jeweils geltenden Fassung des Strahlenschutzgesetzes. Soweit die versicherte Person als Arzt oder medizinisches Hilfspersonal diesem Risiko ausgesetzt ist, oder wenn eine Bestrahlung zu Heilzwecken durch einen Arzt oder unter ärztlicher Aufsicht erfolgt, besteht hingegen Versicherungsschutz.
- 3.2 Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport- und Freizeitaktivitäten können wir erhöhte Risikobeiträge oder Besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.
- 3.3 Ist die schwere Krankheit durch eine Ursache gemäß Pkt. 3.1 eingetreten, erlischt der Zusatzbaustein, ohne dass eine Versicherungsleistung fällig wird. Der Beitrag für den Zusatzbaustein gebührt uns bis zu jenem Zeitpunkt, in dem wir vom Eintritt der nicht vom Versicherungsschutz umfassten schweren Krankheit Kenntnis erlangt haben. Wir werden aber dennoch die Beiträge der laufenden Versicherungsperiode refundieren. Ist die nicht vom Versicherungsschutz umfasste schwere Krankheit erst in der laufenden Versicherungsperiode eingetreten, refundieren wir die Beiträge nur bis zu diesem Zeitpunkt.

4. Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz für diesen Zusatzbaustein beginnt, sobald wir die Annahme Ihres Antrags schriftlich oder durch Zustellung des Mitgliedsscheins erklärt haben, frühestens jedoch nach Ablauf der jeweils vereinbarten Wartezeiten (Pkt. 2).

Bei einer Erhöhung des Versicherungsschutzes beginnen die jeweils vereinbarten Wartezeiten für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut zu laufen.

Vor dem im Mitgliedsschein angegebenen Versicherungsbeginn für den Zusatzbaustein besteht jedenfalls kein Versicherungsschutz.

5. Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

- 5.1 Der Zusatzbaustein bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen wurde (Hauptversicherung), insofern eine Einheit, als er ohne diese nicht fortgesetzt werden kann. Wenn der Versicherungsschutz für die Hauptversicherung erlischt, so erlischt der Versicherungsschutz für den Zusatzbaustein ebenso.
- 5.2 Bei Beitragsfreistellung der Hauptversicherung erlischt der Versicherungsschutz für den Zusatzbaustein.
- 5.3 Wenn der Versicherungsschutz für den Zusatzbaustein erlischt, bleibt die Hauptversicherung davon unberührt.
- 5.4 Rückkauf und Beitragsfreistellung sind für den Zusatzbaustein nicht möglich.
- 5.5 Für den Zusatzbaustein kann keine Wertanpassung vereinbart werden.
- 5.6 Für den Zusatzbaustein ist keine Gewinnbeteiligung vorgesehen.
- 5.7 Soweit in diesen Versicherungsbedingungen nichts Anderes vereinbart ist, gelten die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung sinngemäß auch für den Zusatzbaustein.

6. Welche Kosten werden verrechnet?

- 6.1 Die tariflichen Kosten – das sind Abschlusskosten, Verwaltungskosten sowie Kosten zur Deckung von versicherten Risiken (Risikobeiträge) – werden von Ihren Versicherungsbeiträgen in Abzug gebracht.
- 6.1.1 Die Bemessungsgrundlage für die Abschlusskosten ist der Nettjahresbeitrag. Die jährlichen Abschlusskosten betragen maximal 20,00 % dieser Bemessungsgrundlage und werden für die Dauer der Beitragszahlung monatlich verrechnet.
- 6.1.2 Die Bemessungsgrundlage für die Verwaltungskosten ist die Versicherungssumme. Die jährlichen Verwaltungskosten betragen während der gesamten Vertragslaufzeit maximal 0,05 % dieser Bemessungsgrundlage. Die Verwaltungskosten werden monatlich verrechnet.
- 6.1.3 Die Kosten zur Deckung des Krankheitsrisikos (Risikobeiträge) richten sich nach dem Alter der versicherten Person sowie der Höhe der Versicherungssumme. Die Risikobeiträge errechnen sich monatlich aus der für den Krankheitsfall vereinbarten Versicherungssumme, multipliziert mit der Eintrittswahrscheinlichkeit gemäß der „Dread Disease Sterbetafel der Deutschen Rück 2018“.

Für die Übernahme erhöhter Risiken insbesondere wegen Krankheit, Beruf, Sport- und Freizeitaktivitäten können wir erhöhte Risikobeiträge oder Besondere Bedingungen mit Ihnen vereinbaren.

Die Höhe der für Ihren Versicherungsvertrag tatsächlich verrechneten Kosten entnehmen Sie den Informationen gemäß §§ 128 - 135d VAG 2016 und LV-InfoV 2018.

- 6.2 Die Rechnungsgrundlagen für die Ermittlung der Kosten gemäß Pkt. 6.1 sind Teil der versicherungsmathematischen Grundlagen des jeweiligen Tarifs. Diese können für bestehende Verträge von uns nicht verändert werden. Ihre korrekte Anwendung kann von der Finanzmarktaufsichtsbehörde (FMA) jederzeit überprüft werden.

7. Wann entsteht ein Anspruch auf Versicherungsleistung?

Nach Eintritt der schweren Krankheit entsteht der Anspruch auf Versicherungsleistung für die bezugsberechtigte Person, wenn sämtliche Anspruchsvoraussetzungen gemäß ALVB-M und die Wartefristen gemäß Pkt. 2 erfüllt sind.

Wenn die versicherte Person nach Eintritt der schweren Krankheit vor Ablauf der jeweils vereinbarten Wartefrist (Pkt. 2) stirbt, erbringen wir keine Versicherungsleistung.

8. Was ist im Rahmen der Geltendmachung der Versicherungsleistung zu beachten, und welche Mitwirkungspflichten bestehen?

Im Falle des Eintritts einer schweren Krankheit sind uns folgende Unterlagen zu übermitteln:

- 8.1 ein Facharztbericht zur Bestätigung, dass eine schwere Krankheit gemäß Pkt. 2 besteht, und eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalls
- 8.2 die Diagnose der schweren Krankheit. Indikation für eine Operation und Operationsbericht müssen von einem in Österreich niedergelassenen Arzt erstellt worden sein, der weder die versicherte Person selbst, der Versicherungsnehmer, noch ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers sein darf.
- 8.3 das Ergebnis entsprechender klinischer, radiologischer, histologischer und labormedizinischer Untersuchungen, welche die Diagnose bestätigen sowie eventuell Nachweise, wie sie in den Definitionen der versicherten schweren Krankheiten in Pkt. 2 angeführt sind

Wir können auf unsere Kosten und in unserem Auftrag weitere ärztliche Untersuchungen, zusätzliche Auskünfte, Aufklärungen und Nachweise verlangen, um die Diagnose einer schweren Krankheit oder die Notwendigkeit einer Operation zu überprüfen.

Wir können verlangen, dass diese weiteren ärztlichen Untersuchungen in Österreich vorgenommen werden, auch wenn die versicherte Person ihren ständigen Wohnsitz außerhalb Österreichs hat. Dadurch eventuell entstehende Reise- und Aufenthaltskosten sind vom Anspruchsteller zu tragen.

9. Was gilt bei Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt einer schweren Krankheit?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Pkt. 8 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchsteller vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht bleiben die Ansprüche auf Versicherungsleistung insoweit bestehen, als diese Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

10. Wann können Sie den Zusatzbaustein kündigen, und wann endet der Versicherungsschutz?

Sie können den Zusatzbaustein unter Einhaltung einer Frist von einem Monat zu jedem Monatsletzten kündigen, frühestens jedoch nach Ablauf eines Jahres ab Versicherungsbeginn des Zusatzbausteins.

Für die Wirksamkeit der Kündigung genügt es, wenn sie in geschriebener Form erfolgt und zugeht. Der geschriebenen Form wird durch einen Text in Schriftzeichen, aus dem die Person des Erklärenden hervorgeht (z.B. Telefax oder E-Mail), entsprochen.

Der Zusatzbaustein erlischt dann ohne verfügbaren Wert.

Der Versicherungsschutz für diesen Zusatzbaustein endet spätestens zum im Mitgliedsschein angegebenen Vertragsablauf.