

allsafe lavidia – DIE Lebensstandardversicherung

Funktionelle Invaliditätsversicherung



**1 Vertrag = 5-facher
Versicherungsschutz!**

Versicherungsbedingungen

Mit allsafe lavidia ein Leben lang geschützt!

Versicherungsbedingungen

allsafe Iavida – DIE Lebensstandardversicherung (LSV 2015)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Grundlage für Ihren Vertrag sind diese Versicherungsbedingungen (LSV 2015). Zusammen mit dem Antrag und dem Versicherungsschein legen diese den Inhalt Ihrer Versicherung fest. Diese Versicherungsbedingungen sind in 3 Abschnitte gegliedert:

Abschnitt A:

Leistungen des Grundtarifs und ihre Voraussetzungen

Abschnitt B:

Leistungen der zusätzlich optional gegen Mehrbeitrag wählbaren Best-Bausteine

Es kann maximal einer der Best-Bausteine zum Grundtarif hinzu gewählt werden!

Abschnitt C:

Allgemeiner Teil und weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang

Bitte lesen Sie die Versicherungsbedingungen daher vollständig und gründlich durch. Bewahren Sie die Unterlagen sorgfältig auf, damit Sie sich insbesondere im Leistungsfall einen Überblick über den Leistungsumfang Ihrer Versicherung machen können.

Wenn ein Leistungsfall eingetreten ist, benachrichtigen Sie uns bitte möglichst schnell. Wir klären dann mit Ihnen das weitere Vorgehen.

In den Versicherungsbedingungen kommen wir leider nicht ohne Fachbegriffe aus. Zur besseren Verständlichkeit haben wir bestimmte Fachbegriffe im Anhang näher erläutert und/oder führen im Bedingungstext erklärende Beispiele auf. Begriffe, die im Anhang erläutert werden, sind durch Unterstreichung im Bedingungswerk markiert.

Die Erläuterungen sind nicht Teil der Versicherungsbedingungen im rechtlichen Sinne!

Anhang:

Erläuterungen zu den in diesen Versicherungsbedingungen verwendeten medizinischen Fachbegriffen.

Wer ist wer?

Sie:

Mit „Sie“ bezeichnen wir den Versicherungsnehmer.

Versicherte Person:

Wir gehen in diesem Bedingungswerk davon aus, dass Sie auch versicherte Person sind. Sie können jedoch auch für eine andere Person Versicherungsschutz beantragen, die dann wiederum selbst versicherte Person ist.

Wir:

„Wir“ sind der Versicherer, vertreten durch Konzept & Marketing GmbH, in den nachfolgenden Versicherungsbedingungen „K&M“ genannt, denn wir haben die Verwaltungsgesellschaft **Konzept & Marketing GmbH** beauftragt, die Vertrags- und Schadenbearbeitung durchzuführen. Die Konzept & Marketing GmbH ist von uns bevollmächtigt:

- Ihre vertraglich obliegenden Anzeigen, Willenserklärungen und Schadenanzeigen entgegenzunehmen
- Willenserklärungen jeglicher Art im Zusammenhang mit Ihrem Versicherungsvertrag (z. B. Rücktritt, Kündigung und Anfechtung) abzugeben
- Den Schriftverkehr mit Ihnen zu führen
- Ihnen und den betreuenden Vermittlern gegenüber die Annahme oder Ablehnung von Anträgen zu erklären
- Die Beiträge zu Ihrer Versicherung in Empfang zu nehmen
- Die ausstehenden Beiträge einzufordern
- Im Versicherungsfall die vertragsgemäßen Leistungen auszus zahlen

Die Beiträge gelten als bei uns eingegangen, wenn sie bei der Konzept & Marketing GmbH eingegangen sind.

Ihr Versicherer ist:

VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV-Platz 1
30177 Hannover

Registergericht: Amtsgericht Hannover
Registernummer: HRB 57331

Hauptgeschäftstätigkeit:

Die VHV Allgemeine Versicherung AG betreibt das Versicherungsgeschäft in den folgenden Versicherungssparten:

- Kraftfahrtversicherung
- Allgemeine Haftpflichtversicherung
- Sachversicherung inkl. Technische Versicherung
- Unfallversicherung
- Kautionsversicherung

Ihre Verwaltungsgesellschaft ist:

Konzept & Marketing GmbH (K&M)
Podbielskistraße 333
30659 Hannover

Registergericht: Amtsgericht Hannover
Registernummer: HRB 59547
Telefonnummer: 05 11/640 54 0
Faxnummer: 05 11/640 54 444
Bankverbindung: Commerzbank AG
IBAN: DE60250800200700214200
BIC: DRESDEFF250

Der Versicherer hat K&M bevollmächtigt, die Vertrags- und Schadenbearbeitung durchzuführen. Sämtlicher Schriftverkehr, Willenserklärungen sowie Zahlungen sind an K&M zu richten.

Vertragsgrundlagen:

Für den Versicherungsvertrag gelten die im Versicherungsschein bezeichneten Versicherungsbedingungen für allsafe lavida – DIE Lebensstandardversicherung, die gesetzlichen Bestimmungen und die sonstigen Vereinbarungen. In den Versicherungsbedingungen sind insbesondere die Art, der Umfang und die Fälligkeit der Versicherungsleistung konkret geregelt. Alle für diesen Vertrag geltenden Bedingungen sind in diesem Druckstück geregelt, sofern im Versicherungsschein nichts anderes vereinbart wird.

Gültigkeitsdauer von Informationen:

Wir weisen Sie darauf hin, dass die zur Verfügung gestellten Informationen (z. B. Produktinformationsblatt, Antrags-/Anfrageformular, Angebote) nicht unbefristet gültig sind. Beispielsweise können gesetzliche Änderungen dazu führen, dass diese Informationen nicht mehr aktuell sind.

Versicherungsbeginn:

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt, wenn der Erstbeitrag unverzüglich nach Ablauf von zwei Wochen nach Zugang des Versicherungsscheines bezahlt worden ist. Für den Fall, dass Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht unverzüglich, sondern zu einem späteren Zeitpunkt zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem Zeitpunkt.

Beitragshöhe und Beitragszahlungsweise:

Detaillierte Angaben über die Beitragshöhe und die Zahlweise sowie Angaben über etwaige Nebengebühren, Nebenkosten und die Angabe des zu zahlenden Beitrages können Sie dem Versicherungsschein entnehmen. Die Folgen einer nicht rechtzeitigen Beitragszahlung ergeben sich aus § 7 und § 8 des Abschnitts C (Seite 55 u. 56) der Versicherungsbedingungen für die Lebensstandardversicherung (LSV 2015).

Beitragsänderungen:

Wir haben das Recht bei erhöhtem Schadenaufkommen die Beiträge für alle Versicherten entsprechend zu erhöhen, aber auch die Pflicht bei geringerem Schadenaufkommen die Beiträge entsprechend zu senken. Die genauen Regelungen hierzu finden Sie in § 9 des Abschnitts C (Seite 57) der Versicherungsbedingungen für die Lebensstandardversicherung (LSV 2015).

Darüber hinaus wird der Beitrag mit steigendem Lebensalter der versicherten Person angepasst. Die genauen Regelungen hierzu finden Sie in § 6 des Abschnitts C (Seite 55) der Versicherungsbedingungen für die Lebensstandardversicherung (LSV 2015).

Bedingungsänderungen:

Bei bestimmten rechtlichen Veränderungen sind wir berechtigt die Versicherungsbedingungen anzupassen. In § 16 des Abschnitts C (Seite 64) der Versicherungsbedingungen für die Lebensstandardversicherung (LSV 2015) haben wir dies genauer für Sie dargestellt.

Versichererwechsel:

Auf die Möglichkeit des Versichererwechsels nach § 13 des Abschnitts C (Seite 60) der Versicherungsbedingungen für die Lebensstandardversicherung (LSV 2015) weisen wir hin.

Widerrufsrecht:

Sie können die Vertragserklärung innerhalb von 14 Tagen ohne Angabe von Gründen in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) widerrufen. Die Frist beginnt, nachdem Sie den Versicherungsschein, die Vertragsbestimmungen einschließlich unserer Versicherungsbedingungen, die weiteren Informationen nach § 7 Abs. 1 und 2 des Versicherungsvertragsgesetzes in Verbindung mit den §§ 1 bis 4 VVG-Informationspflichtenverordnung und diese Belehrung jeweils in Textform erhalten haben, bei Verträgen im elektronischen Geschäftsverkehr jedoch nicht vor Erfüllung unserer Pflichten gemäß § 312 g Abs. 1 Satz 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches in Verbindung mit Artikel 246 § 3 des Einführungsgesetzes zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Zur Wahrung der Widerrufsfrist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

Der Widerruf ist zu richten an: Konzept & Marketing GmbH
Podbielskistraße 333
30659 Hannover
Fax: 05 11 - 640 54 444
E-Mail: info@k-m.info

Widerrufsfolgen:

Im Falle eines wirksamen Widerrufs endet Ihr Versicherungsschutz und wir erstatten Ihnen den auf die Zeit nach Zugang des Widerrufs entfallenden Teil des Beitrages, wenn Sie zugestimmt haben, dass Ihr Versicherungsschutz vor dem Ende der Widerrufsfrist beginnt. Den Teil des Beitrages, der auf die Zeit bis zum Zugang des Widerrufs entfällt, können wir in diesem Fall einbehalten. Dabei handelt es sich bei jährlicher Zahlungsweise um 1/360, halbjährlicher Zahlungsweise um 1/180, bei vierteljährlicher Zahlungsweise um 1/90 und bei monatlicher Zahlungsweise um 1/30 des im Antrag angegebenen Beitrages gemäß Zahlungsweise pro Tag. Die Erstattung zurückzuzahlender Beträge erfolgt unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang des Widerrufs. Beginnt der Versicherungsschutz nicht vor dem Ende der Widerrufsfrist, hat der wirksame Widerruf zur Folge, dass empfangene Leistungen und gezogene Nutzungen (z. B. Zinsen) herauszugeben sind.

Besondere Hinweise:

Das Widerrufsrecht erlischt, wenn Ihr Vertrag auf ausdrücklichen Wunsch sowohl von Ihnen als auch von uns vollständig erfüllt ist, bevor das **Widerrufsrecht** ausgeübt wurde.

Sanktionsklausel:

Ungeachtet sonstiger Bestimmungen dieses Vertrages gewährt bzw. leistet der Versicherer aus diesem Versicherungsvertrag keinen Versicherungsschutz bzw. keine Zahlungen, sonstige Leistungen oder sonstige Vorteile zu Gunsten des Versicherungsnehmers oder eines Dritten, soweit dadurch oder durch Handlungen des Versicherten anwendbare Regelungen, Gesetze oder Wirtschafts- oder Handelssanktionen verletzt werden.

Geltendes Recht:

Es gilt das Recht der Bundesrepublik Deutschland.

Aufsichtsbehörde:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
Bereich Versicherungen

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Zuständigkeit für außergerichtliche Schlichtung:

Beschwerden können Sie an folgende Stellen richten:

VHV Allgemeine Versicherung AG

VHV-Platz 1
30177 Hannover

oder an den Versicherungsombudsmann als gesetzliche Schlichtungsstelle zur außergerichtlichen Beilegung von Streitigkeiten:

Versicherungsombudsmann e. V.

Postfach 08 06 32
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Selbstverständlich besteht für Sie die Möglichkeit, statt oder nach der Beendigung des Ombudsmannverfahrens den Rechtsweg zu beschreiten.

Abschnitt A:

Leistungen des Grundtarifs und ihre Voraussetzungen 10

§ 1 Was ist versichert? 10

- I. Wann erhält wer eine Leistung? 10
 - 1. Leistungsauslöser für die Hauptleistung 11
 - 2. Leistungsauslöser für die Zusatzleistung 11
- II. Welche Leistung erhalten Sie? 11
 - 1. Hauptleistung 11
 - a. Befreiung von der Beitragszahlung 11
 - b. Wie hoch ist Ihre Rente? 11
 - c. Wann beginnt Ihre Rentenzahlung? 12
 - d. Wie lange erhalten Sie die Rente? 12
 - e. Was passiert, wenn mehrere Leistungsfälle eintreten? 13
 - 2. Zusatzleistung 13

§ 2 Welche Voraussetzungen gelten für die Haupt- und Zusatzleistungen? 14

- I. Organschädigung 14
 - 1. Allgemeine Definition 14
 - 2. Wartezeit 14
 - 3. Herzfunktionsstörung 14
 - a. Schweregrad 1 14
 - b. Schweregrad 2 15
 - c. Transplantation 15
 - 4. Leberfunktionsstörung 15
 - a. Schweregrad 1 15
 - b. Schweregrad 2 15
 - c. Transplantation 16
 - 5. Lungenfunktionsstörung 16
 - a. Schweregrad 1 16
 - b. Schweregrad 2 16
 - c. Transplantation/Verbesserung der Werte 16
 - 6. Nierenfunktionsstörung 17
 - a. Schweregrad 1 17
 - b. Schweregrad 2 17
 - c. Transplantation/Verbesserung der Werte 17
 - 7. Funktionsstörung des Gehirns und des zentralen Nervensystems 18
 - a. Schweregrad 1 18
 - b. Schweregrad 2 18
 - 8. Verlust der geistigen Selbstständigkeit 18
 - a. Schweregrad 1 18
 - b. Schweregrad 2 18
- II. Krebserkrankung 19
 - 1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall 19
 - a. Schweregrad 1 19
 - b. Schweregrad 2 19
 - 2. Definition Krebserkrankung 20

3. Höhe und Leistungsdauer der Rentenzahlung	20
4. Folgen bei Wiedereintreten derselben Krebserkrankung	22
5. Folgen bei neuer anderer Krebserkrankung	22
III. Verlust von Grundfähigkeiten	23
1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall	23
2. Wartezeiten	23
3. Schweregrade	23
a. Schweregrad 1	23
b. Schweregrad 2	23
4. Klassifizierung der Grundfähigkeiten	24
5. Definition Grundfähigkeiten Klasse A	24
6. Definition Grundfähigkeiten Klasse B	25
IV. Eintritt einer Pflegebedürftigkeit	27
1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall	27
2. Schweregrade	27
a. Schweregrad 1	27
b. Schweregrad 2	28
3. Eintritt Pflegebedürftigkeit	29
V. Invalidität durch Unfall	30
1. Voraussetzung für einen Leistungsfall	30
2. Schweregrade	30
a. Schweregrad 1	30
b. Schweregrad 2	30
3. Definition Unfall	30
4. Erweiterter Unfallbegriff	31
5. Voraussetzungen für eine Invalidität	35
a. unfallbedingte Invalidität	35
b. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität	35
c. Geltendmachung der Invalidität	35
d. Bemessung des Invaliditätsgrades/Gliedertaxe	36
e. Bemessung außerhalb der Gliedertaxe	36
f. Minderung bei Vorinvalidität	37
g. Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane	37
h. Verzicht auf Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen	37
VI. HIV-Infektion	38
1. HIV-Infektion bei beruflicher Tätigkeit	38
2. HIV-Infektion durch Bluttransfusion	39
VII. Schwere Krankheiten bei Kindern	40
1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall	40
2. Schwere Krankheiten	41
VIII. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	42

Abschnitt B:

Leistungen der zusätzlich optional gegen Mehrbeitrag wählbaren Best-Bausteine 43

§ 1	Best-Baustein I: Kapitalsfortleistung und weitere Zusatzleistungen	43
	I. Bei Rentenzahlung im Leistungsfall.	43
	II. Bei schwerer Operation bei Minderjährigen	43
§ 2	Best-Baustein II: Lebenslange Krebsleistung Grad bzw. Stadium IV und weitere Zusatzleistungen	44
	I. Lebenslange Krebsleistung.	44
	II. Bei Rentenzahlung im Leistungsfall.	44
	III. Bei schwerer Operation bei Minderjährigen	44
	IV. Erweiterung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	45
	V. Erweiterung bei Rentensofortleistung	45
§ 3	Best-Baustein III: Lebenslange Krebsleistung Grad bzw. Stadium III und weitere Zusatzleistungen	45
	I. Lebenslange Krebsleistung.	45
	II. Bei Rentenzahlung im Leistungsfall.	45
	III. Bei schwerer Operation bei Minderjährigen	46
	IV. Erweiterung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit	46
	V. Erweiterung bei Rentensofortleistung	46

Abschnitt C:

Allgemeiner Teil und weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang 47

§ 1	Was ist nicht versichert?	47
§ 2	Wann sind unsere Leistungen an Sie fällig?	50
	I. Fristbeginn.	50
	II. Kostenübernahme	50
	III. Zahlung	50
	IV. Auskünfte und Lebensbescheinigung	50
§ 3	Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?	51
§ 4	Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?	52
§ 5	Wann beginnt und wann endet Ihr Vertrag mit uns?	53
	I. Beginn Ihres Versicherungsschutzes	53
	II. Vertragsdauer.	53
	III. Vertragsbeendigung	53
	1. Kündigung durch Sie	53
	2. Kündigung durch Sie nach Versicherungsfall	53
	3. Kündigung durch uns	54
	IV. Dauer des Versicherungsjahres	54
§ 6	Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?	55
	I. Beitragsentwicklung mit Lebensalter.	55
	II. Beitragszahlung und Versicherungsperiode	55
§ 7	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung - Erstbeitrag	55
	I. Fälligkeit der Zahlung	55
	II. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes	55
	III. Rücktritt.	55

§ 8	Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung - Folgebeitrag	56
I.	Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung	56
II.	Verzug	56
III.	Zahlungsfrist	56
IV.	Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung	56
V.	Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat	56
VI.	Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung	56
VII.	Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern	57
§ 9	Beitragsanpassung	57
§ 10	Wann kann die vereinbarte Rente ohne Gesundheitsprüfung erhöht werden?	58
I.	Nachversicherungsgarantie	58
II.	Begrenzung der Erhöhungen	59
III.	Klauseln/Risikozuschläge	59
§ 11	Welche Erhöhungsmöglichkeiten können Sie zusätzlich vereinbaren?	59
I.	Aktivdynamik	59
1.	Höhe der Aktivdynamik	59
2.	Widerspruchsmöglichkeit	59
3.	Ende der Aktivdynamik	59
II.	Passivdynamik	60
§ 1	Welche Garantien bieten wir Ihnen?	60
I.	Innovationsupdate	60
II.	Leistungsgarantie GDV-Musterbedingungen	60
§ 13	Berechtigung Versichererwechsel	60
§ 14	Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?	61
I.	Fremdversicherung	61
II.	Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller	61
III.	Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen	61
IV.	Empfangsvollmacht	61
§ 15	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat deren Verletzung?	61
I.	Erläuterung vorvertragliche Anzeigepflicht	61
II.	Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung	62
1.	Rücktritt	62
2.	Kündigung	63
3.	Vertragsänderung	63
III.	Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte	63
IV.	Anfechtung	64
V.	Erweiterung des Versicherungsschutzes	64
§ 16	Bedingungsanpassung	64
§ 17	Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?	65
§ 18	Wann sind Erklärungen und Mitteilungen wirksam?	65
§ 19	Wann verjähren die Ansprüche aus Ihrem Vertrag?	65
I.	Gesetzliche Verjährung	65
II.	Hemmung der Verjährung	65
§ 20	Welches Gericht ist zuständig?	65
§ 21	Welches Recht findet Anwendung?	65
Anhang		66

Das Versicherungsprodukt **allsafe lavida – DIE Lebensstandardversicherung** (LSV 2015) besteht aus einem Grundtarif, der die unten aufgeführten Haupt- und Zusatzleistungen enthält.

Zusätzlich können Sie Versicherungsschutz für maximal einen in Abschnitt B dieser Bedingungen (LSV 2015) optional aufgeführten Best-Bausteine gegen Mehrbeitrag erhalten.

Diese Best-Bausteine enthalten:

- Kapitalsofortleistung und weitere Zusatzleistungen (Best-Baustein I)
- Lebenslange Krebsleistung ab Grad bzw. Stadium IV und weitere Zusatzleistungen (Best-Baustein II)
- Lebenslange Krebsleistung ab Grad bzw. Stadium III und weitere Zusatzleistungen (Best-Baustein III)

Während der Vertragslaufzeit ist der Einschluss eines Best-Bausteins nur bei erneuter Gesundheitsprüfung möglich.

Bei Kündigung des Grundtarifs gilt automatisch auch der vereinbarte Best-Baustein als gekündigt. Eine Kündigung nur des Best-Bausteins kann dagegen auch unabhängig vom Grundtarif erfolgen (vgl. Seite 43, Abschnitt B und Seite 53, Abschnitt C, § 5 III. 1. und 2.).

Angaben zu dem von Ihnen gewählten Produkt bzw. der von Ihnen gewählten Produktkombinationen können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

Abschnitt A:

Leistungen des Grundtarifs und ihre Voraussetzungen

Falls nicht anders beschrieben, gelten die nachfolgenden Verweise in diesem Abschnitt ausschließlich für diesen Abschnitt A.

§ 1 Was ist versichert?

Wir bieten Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person Versicherungsschutz für nachfolgend definierte körperliche oder sonstige Beeinträchtigungen, die Ihren Lebensstandard gefährden können.

I. Wann erhält wer eine Leistung?

Ihr Versicherungsschutz besteht weltweit und 24 Stunden am Tag bis zum Erreichen der in § 5 II. des Abschnitts C (Seite 53) dieser Bedingungen genannten Höchstdauer des Vertrages.

Der Anspruch auf Leistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens einen Leistungsfall vorliegen.

Die Leistung wird immer auf das von Ihnen angegebene Konto gezahlt, auch wenn eine andere Person als Sie versicherte Person ist.

1. Leistungsauslöser für die Hauptleistung

allsafe lavida – DIE Lebensstandardversicherung sichert Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person bei folgenden Leistungsfällen im Sinne der folgenden Bedingungen ab:

- Organschädigung
- Krebserkrankung
- Verlust von Grundfähigkeiten
- Eintritt einer Pflegebedürftigkeit
- Invalidität durch Unfall
- HIV-Infektion

2. Leistungsauslöser für die Zusatzleistung

Darüber hinaus bietet allsafe lavida – DIE Lebensstandardversicherung Ihnen bzw. der in Ihrem Vertrag versicherten Person eine zusätzliche Leistung in folgenden Fällen:

- Schwere Krankheiten bei Kindern
- Arbeitslosigkeit

II. Welche Leistung erhalten Sie?

1. Hauptleistung

Für alle Leistungsfälle des Grundtarifs gemäß § 1 I. 1. (Seite 11) erhalten Sie eine Befreiung von der Beitragszahlung (vgl. § 1 II. 1. a.) und eine monatliche Rentenzahlung (vgl. § 1 II. 1. b. – e.; (Seite 11-13)) als Hauptleistung.

a. Befreiung von der Beitragszahlung

Die Dauer der Beitragsbefreiung richtet sich nach der Dauer des Rentenbezugs (vgl. § 1 II. 1. d; (Seite 12)).

b. Wie hoch ist Ihre Rente?

Die Rentenhöhe hängt vom Schweregrad des Leistungsfalles ab:

- Bei einem Leistungsfall mit dem Schweregrad 1 erhalten Sie ein Viertel der vereinbarten Rente, sofern Schweregrad 1 versichert ist
- Bei einem Leistungsfall mit dem Schweregrad 2 erhalten Sie die volle vereinbarte Rente.

Unter welchen Voraussetzungen welcher Schweregrad vorliegt, ist nachfolgend bei den verschiedenen Leistungsfällen im Einzelnen dargestellt.

Die mit uns vereinbarte Rente können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen. Sie erhalten auch für mehrere Leistungsfälle insgesamt maximal eine Rente.

Einmalig im Laufe der Vertragslaufzeit haben Sie im Leistungsfall das Recht, sich maximal die ersten sechs Monatsrenten entsprechend des Schweregrades in einer Summe auszahlen zu lassen. Sollten Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person innerhalb dieser sechs Monate versterben, erfolgt keine Rückforderung dieser erbrachten Leistung.

c. Wann beginnt Ihre Rentenzahlung?

Die Rente zahlen wir Ihnen – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem ein Leistungsfall eingetreten ist, maximal jedoch sechs Monate rückwirkend ab der Meldung bei K&M.

Davon abweichend zahlen wir Ihnen die Rente bei einem Unfall rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem sich dieser ereignet hat.

d. Wie lange erhalten Sie die Rente?

d.a. Regelfall

Außer bei Krebserkrankungen zahlen wir Ihnen die Rente im Grundtarif – vorbehaltlich einer nachfolgend beschriebenen Neubemessung – lebenslang, d.h. bis zum Tod der versicherten Person.

Für den Leistungsauslöser Krebserkrankung gelten abweichende Leistungsdauern, die je nach Stadium bzw. Grad der Krebserkrankungen zwischen 18 und 60 Monaten betragen. Die genaue Höhe der Rente sowie die maximale Leistungsdauer für die Stadien bzw. Grade der Krebserkrankungen sind in § 2 II. 3. (Seite 20) geregelt.

d.b. Recht auf Neubemessung/Neubemessungsfrist

Wir und Sie haben das Recht innerhalb der ersten drei Jahre eines Leistungsfalls bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person eine Neubemessung des Gesundheitszustands durch einen Arzt vorzunehmen bzw. vornehmen zu lassen. Bei versicherten Kindern bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres verlängert sich diese Frist auf fünf Jahre. Wenn wir eine Neubemessung wünschen, teilen wir Ihnen dies innerhalb der gesetzlichen und vertraglich geregelten Neubemessungsfrist mit. Wenn Sie eine Neubemessung wünschen, müssen Sie K&M dies vor Ablauf der Frist mitteilen.

Sollte eine Neubemessung ergeben, dass zwar noch der Schweregrad 1, aber nicht mehr der Schweregrad 2 erreicht wird, erhalten Sie ab dem Monat, der auf unsere diesbezügliche Mitteilung folgt, die Leistungen nach dem Schweregrad 1. Sollte eine Neubemessung ergeben, dass der Schweregrad 1 nicht mehr erreicht wird, endet die Rentenzahlung.

Wenn wir infolge einer Neubemessung unsere Rentenzahlung einstellen, teilen wir Ihnen dies vorab in Textform mit. Die Einstellung der Rentenzahlung erfolgt mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang dieser Mitteilung.

Wir werden bereits erbrachte Rentenzahlungen nicht zurückfordern.

Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beitragszahlung für die Haupt- und ggf. Zusatzleistungen wieder aufnehmen.

d.c. Veränderungen nach Ablauf der Neubemessungsfrist

Sollte sich bei Ihnen als versicherte Person oder bei der in Ihrem Vertrag versicherten Person der Gesundheitszustand nach Ablauf der Frist so verschlechtern, dass ein neuer Schweregrad erreicht wird, werten wir dies als einen neuen Leistungsfall. Auf Antrag zahlen wir Ihnen ab dem Monat der ärztlichen Feststellung der Voraussetzungen

für den neuen Schweregrad die entsprechende Rente, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend nach der Meldung bei K&M. Die Leistung gemäß dem vorherigen Schweregrad endet mit der Zahlung der erhöhten Rente.

Tritt bei einer Krebserkrankung eine Verschlechterung ein oder tritt dieselbe Krebserkrankung erneut auf, gilt dies zwar als neuer Leistungsfall, allerdings werden die bereits gezahlten Renten auf den Leistungsanspruch des neuen Leistungsfalls angerechnet. (vgl. § 2 II. 3. und 4. (Seite 20 u. 22))

Sollte sich bei Ihnen als versicherte Person oder bei der in Ihrem Vertrag versicherten Person der Gesundheitszustand nach Ablauf der Neubemessungsfrist so verbessern, dass ein niedrigerer oder auch kein Schweregrad erreicht wird, zahlen wir die Rente dennoch weiter.

e. Was passiert, wenn mehrere Leistungsfälle eintreten?

Ihr Anspruch auf die Rentenleistung ist gegeben, sobald die Voraussetzungen für mindestens einen Leistungsfall vorliegen. Wir zahlen die Rente dann je nach Schweregrad in Höhe der vereinbarten Rente.

Für die Höhe der Rente ist es unerheblich, welcher Leistungsfall oder wie viele Leistungsfälle eintreten. Es können also weder mehrere Leistungen wegen des Vorliegens unterschiedlicher Schweregrade miteinander kombiniert werden, noch mehrere Leistungen wegen des Eintritts verschiedener Leistungsfälle. Dabei wird stets die für Sie günstigste Kombination ausgewählt. Sie erhalten auch für mehrere Leistungsfälle insgesamt maximal eine Rente.

Beispiel:

Bei Ihnen als versicherte Person liegt eine Krebserkrankung im Stadium III vor, die gleichzeitig zu einer Pflegebedürftigkeit mit dem Schweregrad 1 führt. Sofern nicht im Rahmen einer Neubemessung eine Änderung Ihres Gesundheitszustands festgestellt wird, wird neben der Beitragsbefreiung folgende Rentenleistung erbracht:

Für die Dauer von 36 Monaten zahlen wir die volle Rente aus dem Leistungsfall „Krebserkrankung“. Mit Ablauf der maximalen Leistungsdauer für die Krebserkrankung wird auf die Zahlung einer Rente aus dem Leistungsfall „Pflegebedürftigkeit“ umgestellt. Da insoweit Schweregrad 1 vorliegt, wird ab diesem Zeitpunkt ein Viertel der Rente geleistet.

2. Zusatzleistung

Für die Leistungsauslöser „schwere Krankheiten bei Kindern“ und „Arbeitslosigkeit“ gemäß § 2 VII. und VIII. erhalten Sie zusätzlich folgende Leistungen:

- im Falle der schweren Krankheiten bei Kindern erhalten Sie eine einmalige Kapitalsofortleistung gemäß § 2 VII. (Seite 40)
- im Falle der Arbeitslosigkeit erhalten Sie eine Beitragsbefreiung gemäß § 2 VIII. (Seite 42)

§ 2 Welche Voraussetzungen gelten für die Haupt- und Zusatzleistungen?

Im Folgenden beschreiben wir die verschiedenen Leistungsfälle und deren Voraussetzungen.

I. Organschädigung

1. Allgemeine Definition

Eine Organschädigung liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- bei der versicherten Person liegt eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit von Organen bzw. ein Verlust der geistigen Selbstständigkeit vor, die nachfolgend definiert wird, und
- die Beeinträchtigung bzw. der Verlust ist dauerhaft und unumkehrbar und
- die Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit bzw. der Verlust wird uns durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen und
- etwaige Wartezeiten wurden erfüllt.

Auch wenn das Organ vor Eintritt des Leistungsfalls bereits vorgeschädigt war, wird angenommen, dass es vorher gesund war. Eine Vorschädigung bzw. Vorerkrankung wird vorbehaltlich der Einhaltung einer Wartezeit demnach nicht berücksichtigt.

2. Wartezeit

Sollte die Organschädigung durch Multiple Sklerose (eine Erkrankung des Nervensystems) oder Krebs oder andere Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, hervorgerufen werden, besteht eine Wartezeit.

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Die Wartezeit beträgt bei Krebs oder anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, sechs Monate und bei Multipler Sklerose zwölf Monate.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von Multipler Sklerose, Krebs oder anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden.

Die einzelnen Organschädigungen sind wie folgt definiert:

3. Herzfunktionsstörung

a. Schweregrad 1:

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Herzens mit dem Schweregrad 1 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, Entzündung des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörung):

- eine erhebliche Minderung der Pumpleistung des Herzens mit einer Ejektionsfraktion (bestimmtes Maß für die Herzfunktion) von maximal 40 %, aber mehr als 30 %, vorliegt, die auch durch Medikamente nicht für mindestens sechs Monate verbesserbar ist.

Beispiel:

Sie als versicherte Person erleiden einen Herzinfarkt. Die Ejektionsfraktion Ihres Herzens beträgt nur noch 40 %. Sie erhalten ein Viertel der vereinbarten Rente.

b. Schweregrad 2:

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Herzens mit dem Schweregrad 2 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Herzerkrankung (z. B. Herzinfarkt, Herzklappenerkrankung, Entzündung des Herzmuskels oder Herzrhythmusstörung):

- eine erhebliche Minderung der Pumpleistung des Herzens mit einer Ejektionsfraktion von maximal 30 % vorliegt oder
- das Fractional Shortening kleiner oder gleich 15 % der altersentsprechenden Norm ist oder
- eine Herzinsuffizienz (bestimmte Herzschwäche) des Stadiums NYHA IV vorliegt, die auch durch Medikamente nicht dauerhaft verbesserbar ist.

Beispiel:

Sie als versicherte Person erleiden einen Herzinfarkt. Die Ejektionsfraktion Ihres Herzens beträgt nur noch 30 %. Sie erhalten die volle vereinbarte Rente.

c. Transplantation

Werden die Funktionswerte durch eine das komplette Herz ersetzende Transplantation verbessert, erbringen wir die Leistung weiterhin in der Höhe, die vor der Transplantation geleistet wurde. Eine Reduktion oder Einstellung der Leistung aufgrund einer das komplette Herz ersetzenden Transplantation ist grundsätzlich ausgeschlossen.

4. Leberfunktionsstörung

a. Schweregrad 1

Der Schweregrad 1 entfällt.

b. Schweregrad 2

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Leber mit dem Schweregrad 2 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person mindestens eine starke Leberfunktionsstörung oder mindestens zwei schwache Leberfunktionsstörungen vorliegen. Ob eine schwache oder starke Leberfunktionsstörung im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, richtet sich nach folgender Tabelle:

Kriterium	schwach	stark	Einheit
<u>Serum-Bilirubin</u>	2,0 -3,0	> 3,0	mg/dl
<u>Serum-Albumin International</u>	2,8 – 3,5	< 2,8	g/dl
Normalized Ratio	1,71 – 2,20	> 2,20	
<u>Aszites im Ultraschall</u>	Leicht	mittelgradig	
<u>Varizen (Krampfadern in der Speiseröhre)</u>	Grad I und II	Grad III und IV	Klassifikation nach Paquet und Oberhammer

c. Transplantation

Werden die Funktionswerte durch eine die komplette Leber ersetzende Transplantation verbessert, erbringen wir die Leistung weiterhin in der Höhe, die vor der Transplantation geleistet wurde. Eine Reduktion oder Einstellung der Leistung aufgrund einer die komplette Leber ersetzende Transplantation ist grundsätzlich ausgeschlossen.

5. Lungenfunktionsstörung

a. Schweregrad 1

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Lunge mit dem Schweregrad 1 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Lungenerkrankung (z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen) die Leistungsfähigkeit der Lungen auf Dauer so erheblich reduziert ist, dass:

- der Sauerstoffpartialdruck (bestimmtes Maß für Sauerstoffanteil) im arteriellen Blut (pO₂) weniger als 60 % aber mindestens 50 % beträgt.

Beispiel:

Sie als versicherte Person erleiden im Laufe Ihres Lebens chronisches Asthma. Sie bekommen bereits nach wenigen Schritten kaum Luft. Der Sauerstoffpartialdruck beträgt 55 %. Sie erhalten ein Viertel der vereinbarten Monatsrente.

b. Schweregrad 2

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Lunge mit dem Schweregrad 2 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Lungenerkrankung (z. B. Asthma, Emphysem, chronische Entzündungen und Verletzungen) die Leistungsfähigkeit der Lunge auf Dauer so erheblich reduziert ist, dass:

- der Sauerstoffpartialdruck (bestimmtes Maß für Sauerstoffanteil) im arteriellen Blut (pO₂) weniger als 50 % beträgt oder
- eine Messung mittels Body-Plethysmographie (bestimmte Messmethode) einen Atemwiderstand > 1,0 kPa/ls ergibt, oder
- eine Messung mittels Body-Plethysmographie ergibt, dass die Vitalkapazität kleiner oder gleich 40 % der altersentsprechenden Norm ist.

Beispiel:

Durch das Asthma beträgt der Sauerstoffpartialdruck im Blut weniger als 50 %. Sie erhalten die volle vereinbarte Rente.

c. Transplantation/Verbesserung der Werte

Eine Verbesserung der Werte durch die Benutzung eines Sauerstoffgerätes bzw. durch die künstliche Zufuhr von Sauerstoff gilt nicht als Verbesserung der Funktionsstörung.

Werden die Funktionswerte durch eine mindestens einen kompletten Lungenlappen ersetzende Transplantation verbessert, erbringen wir die Leistung weiterhin in der Höhe, die vor der Transplantation geleistet wurde. Eine Reduktion oder Einstellung der Leistung aufgrund einer mindestens einen kompletten Lungenlappen ersetzende Transplantation ist grundsätzlich ausgeschlossen.

6. Nierenfunktionsstörung

a. Schweregrad 1

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Niere mit dem Schweregrad 1 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Krankheit (z. B. Immunkrankheit, chronische Entzündung, Verletzung, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck) die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer so reduziert ist, dass:

- ein Kreatinin-Clearance-Wert (bestimmtes Maß für die Filtrationsleistung der Nieren) von maximal 40 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche, aber mehr als 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche erreicht wird.

b. Schweregrad 2

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit der Niere mit dem Schweregrad 2 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Krankheit (z. B. Immunkrankheit, chronische Entzündung, Verletzung, Gefäßsklerose, Diabetes oder Bluthochdruck) die Leistungsfähigkeit der Nieren auf Dauer so reduziert ist, dass:

- ein Kreatinin-Clearance-Wert (bestimmtes Maß für die Filtrationsleistung der Nieren) von maximal 30 ml/min/1,73 qm Körperoberfläche wird oder
- die Glomeruläre Filtrationsrate (Gesamtvolumen des gefilterten Primärharns in bestimmter Zeit) maximal 40 ml/min/1,73qm Körperoberfläche beträgt.

c. Transplantation/Verbesserung der Werte

Werden die Werte durch eine Dialysebehandlung und/oder eine mindestens eine komplette Niere ersetzende Transplantation verbessert, erbringen wir die Leistung weiterhin in der Höhe, die vor der Dialysebehandlung und/oder der Transplantation geleistet wurde. Eine Reduktion oder Einstellung der Leistung aufgrund einer mindestens eine komplette Niere ersetzende Transplantation ist grundsätzlich ausgeschlossen.

7. Funktionsstörung des Gehirns und des zentralen Nervensystems

a. Schweregrad 1

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Gehirns und zentralen Nervensystems mit dem Schweregrad 1 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks eine vollständige Lähmung

- eines Beines oder
- eines Armes

eintritt. Eine vollständige Lähmung ist erreicht, wenn die Gliedmaße dauerhaft und unumkehrbar nicht gegen die Schwerkraft bewegt werden kann.

b. Schweregrad 2

Eine Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit des Gehirns und zentralen Nervensystems mit dem Schweregrad 2 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer Schädigung des Gehirns oder des Rückenmarks eine vollständige Lähmung

- eines Beines und eines Armes oder
- beider Arme oder
- beider Beine

eintritt. Eine vollständige Lähmung ist erreicht, wenn die Gliedmaßen dauerhaft und unumkehrbar nicht gegen die Schwerkraft bewegt werden können.

8. Verlust der geistigen Selbstständigkeit

a. Schweregrad 1

Der Schweregrad 1 entfällt.

b. Schweregrad 2

Ein Verlust der geistigen Selbstständigkeit mit dem Schweregrad 2 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aufgrund einer psychischen Krankheit oder einer Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten (z. B. Wahrnehmen, Denken, Lernen, Erinnern) dauerhaft

- eine Totalbetreuung angeordnet wurde oder
- die zeitliche und räumliche Orientierung verloren oder
- die Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung angeordnet wurde.

Versicherungsschutz besteht jedoch nicht bei einer dauerhaften Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung aufgrund einer Straftat, einer Suchterkrankung und deren Folgen oder eines Suizidversuches und dessen Folgen.

II. Krebserkrankung

1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall

Ein Leistungsfall liegt vor, wenn alle drei folgenden Voraussetzungen bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person erfüllt sind:

Bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person liegt eine

- Krebserkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor und
- das Vorliegen der Krebserkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen wird uns durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen und
- die Wartezeiten wurden erfüllt.

Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Die Wartezeit beträgt sechs Monate.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung Krebs oder anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden.

a. Schweregrad 1

Eine Krebserkrankung mit dem Schweregrad 1 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person

- im Falle von Brust-, Darm- und Lungenkrebs das Erreichen von Stadium bzw. Grad I im Sinne dieser Bedingungen oder
- bei allen Krebserkrankungen das Erreichen von Stadium bzw. Grad II im Sinne dieser Bedingungen und bei Blutkrebserkrankungen zusätzlich das Vorliegen einer Anämie

ärztlich festgestellt wird.

b. Schweregrad 2

Eine Krebserkrankung mit dem Schweregrad 2 liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person

- bei einer Krebserkrankung mindestens das Erreichen von Stadium bzw. Grad III im Sinne dieser Bedingungen und bei Blutkrebserkrankungen zusätzlich das Vorliegen einer Anämie

ärztlich festgestellt wird.

2. Definition Krebserkrankung

Eine Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person liegt ein histologisch nachgewiesenes bösartiges Zellwachstum in Form eines Tumors oder verbleibenden bösartigen Restgewebes vor
- bösartiges Zellwachstum liegt vor, wenn es zu unkontrolliertem Wachstum, der Aussaat von Tumorzellen mit Einwanderung in umliegendes Gewebe und zur Zerstörung von gesundem Gewebe kommt

und dabei wird

- im Falle von Brustkrebs-, Darmkrebs- und Lungenkrebserkrankungen Stadium bzw. Grad I, nach den nachfolgenden Klassifizierungen erreicht und
- bei allen anderen Krebserkrankungen mindestens Stadium bzw. Grad II nach den nachfolgenden Klassifizierungen und bei Blutkrebserkrankungen zusätzlich eine Anämie erreicht.

Krebserkrankungen werden entsprechend der im Jahr 2014 geltenden Definition der „TNM classification of malignant tumours, seventh edition“ (bestimmte Stadieneinteilung) der International Union Against Cancer (UICC) in 4 Stadien klassifiziert (I-IV).

Lymphknoten- und Blutkrebserkrankungen, also alle Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin, werden nach der folgenden Klassifikation eingeteilt:

- Stadium I: Befall einer einzigen Lymphknotenregion ober- oder unterhalb des Zwerchfells
- Stadium II: Befall von zwei oder mehr Lymphknotenregionen ober- oder unterhalb des Zwerchfells
- Stadium III: Befall auf beiden Seiten des Zwerchfells
- Stadium IV: Befall von nicht primär lymphatischen Organen (z. B. Leber, Knochenmark).

Als Krebserkrankung im Sinne dieser Bedingungen gelten auch Tumore des Gehirns, die entsprechend der WHO (World Health Organisation) Klassifikation von 2007 (WHO Classification of Tumours of the Central Nervous System) in Grade I bis IV eingeteilt sind und mindestens den Grad II erreichen.

3. Höhe und Leistungsdauer der Rentenzahlung

a. Wir zahlen Ihnen die Rente gemäß Schweregrad – monatlich im Voraus – rückwirkend ab Beginn des Monats, in dem die definierte Krebserkrankung erstmals ärztlich festgestellt worden ist, jedoch nicht länger als sechs Monate rückwirkend nach der Meldung bei uns. Die Höhe und die maximale Leistungsdauer sind abhängig vom Schweregrad sowie dem Stadium bzw. Grad der Krebserkrankung und betragen:

- 25 % der Rente für 18 Monate bei Brustkrebs-, Darmkrebs- und Lungenkrebserkrankungen im Stadium I
- 25 % der Rente für 18 Monate bei einer Krebserkrankung im Stadium bzw. Grad II
- die volle Rente für 36 Monate bei einer Krebserkrankung im Stadium bzw. Grad III
- die volle Rente für 60 Monate bei einer Krebserkrankung im Stadium bzw. Grad IV

wobei die weiteren Bestimmungen des § 2 II. 1. – 5. (Seite 19-22) zu beachten sind.

- b. Das Krebsstadium wird bei der Diagnose festgelegt. Im Falle einer Verschlechterung der Krebserkrankung oder erfolgreicher Behandlung werden wir den Krebs zu diesem Zeitpunkt gemäß den vorstehend genannten Stadien bzw. Graden einstufen, unabhängig davon ob medizinisch eine Umstufung vorgenommen wird oder nicht.

Beispiel:

Eine Brustkrebserkrankung wird als Brustkrebs im Stadium I diagnostiziert. Werden später Fernmetastasen festgestellt, werden wir dies als Krebs im Stadium IV, selbst wenn die medizinische Einstufung bei Stufe I verbleibt.

Im Falle einer Tumorentfernung werden wir eine Neubemessung frühestens sechs Monate nach dieser Entfernung vornehmen. Eine Rückforderung erbrachter Rentenzahlungen erfolgt nicht.

- c. Tritt bei einer Krebserkrankung eine Verschlechterung des Stadiums bzw. Grades ein, gilt dies zwar als neuer Leistungsfall, allerdings werden die bereits gezahlten Renten auf den Leistungsanspruch des neuen Leistungsfalls angerechnet. Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern diese wird wie folgt reduziert:
- in Fällen, in denen zuvor eine Rente in Höhe von 25 % gezahlt wurde und nun eine volle Rente gezahlt wird, wird die Leistungsdauer für die volle Rente um 25 % der Anzahl der Monate, in denen bereits eine Leistung in Höhe von 25 % erbracht wurde, gekürzt
 - in allen anderen Fällen wird die Leistungsdauer um die Anzahl der Monate, in denen bereits eine Leistung erbracht wurde, gekürzt.

Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer und bis zur Höhe der maximal erreichbaren Rente gezahlt worden ist.

Beispiel:

Eine Krebserkrankung entwickelt sich vom Stadium II bis zum Stadium IV. Sie haben bereits für 10 Monate eine Rente nach Stadium II in Höhe von 25 % erhalten. Nach Eintritt einer Verschlechterung auf Stadium IV erhalten Sie nun nicht noch einmal eine Rente in Höhe von 100 % für 60 Monate. Vielmehr wird die maximale Leistungsdauer (60 Monate) um das Produkt aus bereits geleisteter prozentualer monatlicher Rentenhöhe und bereits abgelaufenen Leistungsmonaten ($25\% \times 10 \text{ Monate} = 2,5 \text{ Monate}$) gekürzt, sodass Sie noch für 57,5 Monate die volle Rente bzw. 57 Monate die volle Rente und einen Monat 50 % der Rente erhalten.

Beispiel:

Eine Krebserkrankung entwickelt sich vom Stadium I bis zum Stadium II. Sie haben bereits für 10 Monate eine Rente nach Stadium I in Höhe von 25 % erhalten. Nach Eintritt einer Verschlechterung auf Stadium II erhalten Sie nun nicht noch einmal eine Rente in Höhe von 25 % für 18 Monate. Vielmehr wird die maximale Leistungsdauer (18 Monate) um die Anzahl bereits abgelaufener Leistungsmonate (10 Monate) gekürzt. Sie erhalten noch 8 Monate 25 % der Rente.

4. Folgen bei Wiedereintreten derselben Krebserkrankung

Tritt eine Krebserkrankung, für die bereits Leistungen erbracht wurden, nach vermuteter Heilung erneut auf (Rezidiv), werden bereits gezahlte Renten auf den Leistungsanspruch angerechnet. Es kommt also nicht erneut die maximale Leistungsdauer vollständig zur Anwendung, sondern diese wird wie folgt reduziert:

- in Fällen, in denen zuvor eine Rente in Höhe von 25 % gezahlt wurde und nun eine volle Rente gezahlt wird, wird die Leistungsdauer für die volle Rente um 25 % der Anzahl der Monate, in denen bereits eine Leistung in Höhe von 25 % erbracht wurde, gekürzt,
- in allen anderen Fällen wird die Leistungsdauer um die Anzahl der Monate, in denen bereits eine Leistung erbracht wurde, gekürzt.

Es kann also auch dazu kommen, dass keine Leistungen gezahlt werden, wenn bereits beim erstmaligen Auftreten bis zum Ablauf der maximalen Leistungsdauer gezahlt worden ist.

5. Folgen bei neuer anderer Krebserkrankung

Steht eine neue Krebserkrankung nicht im Zusammenhang mit einer bereits festgestellten Krebserkrankung, gilt dies als neuer Leistungsfall. In diesem Fall werden bereits gezahlte Renten nicht auf den Leistungsanspruch der neuen Krebserkrankung angerechnet.

Auch eine Krebserkrankung, die im Zusammenhang mit einer vorangegangenen Krebserkrankung steht (z. B. durch Metastasierung), stellt einen neuen Leistungsfall dar, allerdings gelten in solchen Fällen die vorstehenden Regelungen des § 2 II. 3. und 4. (Seiten 20 u. 22), d.h. es werden die im Rahmen der zuvor aufgetretenen Krebserkrankung gezahlten Renten auf den Leistungsanspruch der erneut aufgetretenen Krebserkrankung angerechnet.

III. Verlust von Grundfähigkeiten

1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall

Ein Leistungsfall liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person alle der fünf folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie als versicherte Person haben oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person hat eine festgelegte Anzahl der nachfolgend definierten Grundfähigkeiten verloren und
- die Grundfähigkeiten waren bzw. die Grundfähigkeit war vorher vorhanden und
- der Verlust der Grundfähigkeiten ist dauerhaft, unumkehrbar und nicht therapierbar und
- der Verlust der Grundfähigkeiten wird uns durch ein ärztliches Gutachten eines entsprechenden Facharztes nachgewiesen, das die für die Begutachtung zulässigen Testverfahren umfasst und
- etwaige Wartezeiten wurden erfüllt.

2. Wartezeiten

Sollte der Verlust von Grundfähigkeiten durch Multiple Sklerose (eine Erkrankung des Nervensystems) oder Krebs hervorgerufen werden, besteht eine Wartezeit. Die Wartezeit beginnt mit dem im Versicherungsschein angegebenen Vertragsbeginn. Die Wartezeit beträgt bei Krebs sechs Monate und bei Multipler Sklerose zwölf Monate.

Liegt der Zeitpunkt des ersten Auftretens klinisch relevanter Symptome oder der Diagnosestellung von Multipler Sklerose, Krebs oder anderen Tumorerkrankungen, auch des blutbildenden und lymphatischen Systems, innerhalb der angegebenen Wartezeit, sind die jeweilige Krankheit und deren Folgen nicht mitversichert. Dies gilt auch dann, wenn zunächst als unauffällig interpretierte Befunde nachträglich umgedeutet werden.

3. Schweregrade

a. Schweregrad 1

Dieser Schweregrad ist erreicht, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person der Verlust von zwei Grundfähigkeiten der Klasse B vorliegt.

b. Schweregrad 2

Dieser Schweregrad ist erreicht, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person

- der Verlust von mindestens drei Grundfähigkeiten der Klasse B oder
- der Verlust von mindestens einer Grundfähigkeit der Klasse A vorliegt.

4. Klassifizierung der Grundfähigkeiten

Folgende Grundfähigkeiten werden in die Klassen A und B eingeteilt:

Klasse A

- Sehen
- Sprechen
- Hören
- Orientieren

Klasse B

- Handfunktion
- Heben und Tragen
- Arme bewegen
- Treppen steigen (Hinauf- und Heruntergehen)
- Gehen
- Stehen
- Knien und Bücken
- Sitzen
- Sich Erheben
- Beugen
- Auto fahren

5. Definition Grundfähigkeiten Klasse A

Folgende Grundfähigkeiten sind vom Versicherungsschutz in der Klasse A umfasst:

a. Sehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person basierend auf der folgenden Definition erblinden/erblindet und nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel, Implantate oder andere therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden kann, dass eine Blindheit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr besteht.

Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine klinisch nachgewiesene Reduzierung der Sehfähigkeit, bei der die Sehschärfe auf dem besseren Auge unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln

- nicht mehr als 1/50 beträgt oder
- nicht mehr als 1/35, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 30 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- nicht mehr als 1/20, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 15 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- nicht mehr als 1/10, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 10 Grad oder weiter eingeschränkt ist, oder
- mehr als 1/10 bis zur vollen Sehschärfe, wenn das Gesichtsfeld dieses Auges bis auf 5 Grad oder weiter eingeschränkt ist.

b. Sprechen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person durch eine Schädigung entweder des zentralen Nervensystems (Gehirn) oder des Sprechapparates (Kehlkopf, Stimmbänder, Zunge) nicht mehr fähig sind, irgendein verständliches Wort auszusprechen und der Verlust der Sprachfähigkeit ausschließlich auf organischen Ursachen basiert. Insbesondere psychogener Sprachverlust ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen.

c. Hören

Ein Verlust der Grundfähigkeit Hören liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person auf beiden Seiten die Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel verloren haben und nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder anderes Hilfsmittel oder durch therapeutische Maßnahmen nicht derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.

d. Orientierung

Ein Verlust der Grundfähigkeit Orientierung liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind, sich zeitlich, örtlich und zur eigenen Person zu orientieren.

6. Definition Grundfähigkeiten Klasse B

Folgende Grundfähigkeiten sind vom Versicherungsschutz in der Klasse B umfasst:

a. Handfunktionen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Handfunktionen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person:

- weder mit der linken noch mit der rechten Hand in der Lage sind bzw. ist, einen Schreibstift zu benutzen oder eine Tastatur zu bedienen oder
- nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, Messer und Gabel gleichzeitig zu benutzen oder
- weder mit der linken noch mit der rechten Hand in der Lage sind bzw. ist, kleine Teile wie z. B. einen Bleistift vom Boden aufzuheben oder
- weder mit der rechten noch mit der linken Hand in der Lage sind bzw. ist, eine Dreh- und Hebebewegung mit einer Hantel von 2 kg auszuführen.

b. Heben und Tragen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Heben und Tragen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person, weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm in der Lage sind bzw. ist, einen 2 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

Für Kinder ab dem vollendeten 4. bis zum vollendeten 7. Lebensjahr gilt:

Das von Ihnen versicherte Kind als versicherte Person ist weder mit dem linken noch mit dem rechten Arm in der Lage, einen 1 kg schweren Gegenstand von einem Tisch zu heben und 5 m wegzutragen.

c. Arme bewegen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Arme bewegen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person weder mit dem rechten noch mit dem linken Arm in der Lage sind bzw. ist, eine nach oben und hinten (Nackengriff) sowie eine nach unten und hinten gerichtete Bewegung (Schürzenbindegriff) auszuführen.

d. Treppen steigen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Treppen steigen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, eine Treppe mit zwölf Stufen hinauf- oder hinabzugehen, ohne eine Pause von mindestens einer Minute zu machen. Die Treppenstufenhöhe soll 18 cm nicht überschreiten.

e. Gehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Gehen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, eine Entfernung von 200 m über einen ebenen Boden gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, ohne sich abzustützen und ohne sich zu setzen. Die Zeitdauer für die Strecke soll nicht länger als zehn Minuten betragen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

f. Stehen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Stehen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, zehn Minuten zu stehen, ohne sich abzustützen. Verordnete Hilfsmittel müssen benutzt werden.

g. Knien und Bücken

Ein Verlust der Grundfähigkeit Knien und Bücken liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, sich niederzuknien oder weit genug zu bücken, um einen leichten Gegenstand vom Boden aufzuheben und sich dann wieder aufzurichten.

h. Sitzen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sitzen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, 30 Minuten auf einem Stuhl ohne Armlehnen aufrecht zu sitzen, ohne die Rückenlehne mit dem Körper zu berühren, während die Füße den Boden berühren.

i. Sich Erheben

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sich Erheben liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, ohne Gebrauch der Hände oder Arme und ohne die Hilfe anderer Personen, Hilfsmittel oder anderer Gegenstände von einem Stuhl aufzustehen (dabei berühren die Füße beim Sitzen den Boden).

j. Beugen

Ein Verlust der Grundfähigkeit Beugen liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person nicht mehr in der Lage sind bzw. ist, einen Gegenstand von 2 kg Gewicht aus einer Höhe von 40 cm aufzunehmen und auf einem 1 m hohen Tisch abzusetzen.

k. Auto fahren

Ein Verlust der Grundfähigkeit Auto fahren liegt vor, wenn Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person aus medizinischen Gründen die Fahrerlaubnis der Klasse „B“ (Stand 1999; alt: Führerscheinklasse III) entzogen worden ist. Der Verlust infolge Verstoßes gegen gesetzliche Vorschriften ist vom Versicherungsschutz ausgeschlossen. Berufskraftfahrberechtigungen fallen nicht unter diese Regelung.

IV. Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall

Ein Leistungsfall liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person alle der folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person sind pflegebedürftig gemäß § 2 IV. 2. a. und b. (Seite 27 u. 28) dieser Bedingungen und
- das Vorliegen dieser Pflegebedürftigkeit wird uns durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen.

Sofern Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person vor Eintritt des Leistungsfalls bereits auf Hilfe angewiesen waren, wird stattdessen angenommen, dass Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person dies vorher nicht waren. Eine vorherige Einschränkung wird demnach nicht berücksichtigt.

2. Schweregrade

a. Schweregrad 1

Dieser Schweregrad ist erreicht, wenn die folgenden Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit erfüllt werden:

- Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person sind aufgrund Krankheit, Körperverletzung, Kräfteverfalls oder Behinderung auf Dauer, voraussichtlich mindestens für sechs Monate, täglich auf Hilfe angewiesen
- und
- diese Hilfe benötigen Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person bei mindestens zwei Tätigkeiten des täglichen Lebens, die nachfolgend beschrieben sind.

aa. Fortbewegen im Zimmer

Hilfebedarf liegt vor, wenn auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls die Unterstützung einer anderen Person benötigt wird, um sich am gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

ab. Aufstehen und Zubettgehen

Hilfebedarf liegt vor, wenn – auch bei Verwendung eines Pflegebettes – nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangt werden kann.

ac. An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – nicht ohne Hilfe einer anderen Person sich an- oder ausgekleidet werden kann.

ad. Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufgenommen werden können.

ae. Waschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriff oder Wannelift – nicht ohne Hilfe einer anderen Person sich so gewaschen werden kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.

af. Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die Unterstützung einer anderen Person benötigt wird, weil sich nach dem Stuhlgang nicht allein gesäubert, die Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichtet oder weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft kein Hilfebedarf vor, solange bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht die Hilfe einer anderen Person notwendig ist.

b. Schweregrad 2

Wichtiger Hinweis:

Die nachstehende Definition der Pflegebedürftigkeit für den Schweregrad 2 entspricht der des § 14 und des § 15 SGB XI (Stand: Juli 2014) für Pflegestufe I.

Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung für unser Leistungsversprechen im Rahmen dieser Bedingungen führen. Dies bedeutet auch, dass – solange keine Gesetzesänderungen stattgefunden haben – ein Leistungsfall nach diesem Absatz vorliegt, wenn die versicherte Person während der Vertragslaufzeit eine Einstufung in die Pflegestufe I nach dem SGB XI (Stand: Juli 2014) erhält.

Dieser Schweregrad ist erreicht, wenn von Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person folgende Voraussetzungen für eine Pflegebedürftigkeit erfüllt werden:

- Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person haben eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit oder Behinderung.
- Krankheiten oder Behinderungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-,

Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

und

- Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person benötigen für mindestens zwei der gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens aus den Bereichen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung und Mobilität) Hilfe.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

und

- auf diese Hilfe sind Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person voraussichtlich für mindestens 6 Monate, mindestens einmal täglich angewiesen

und

- Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person benötigen mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung. Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung umfasst das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Der Zeitaufwand, den einer der Familienangehörigen oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen.

3. Eintritt Pflegebedürftigkeit

Sind Sie als versicherte Person oder ist die in Ihrem Vertrag versicherte Person für mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der vorstehenden Voraussetzungen gewesen, so gilt diese Pflegebedürftigkeit von Beginn an als eingetreten.

V. Invalidität durch Unfall

1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall

Ein Leistungsfall liegt vor, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- Sie oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person erleiden bzw. erleidet einen Unfall im Sinne dieser Bedingungen und
- dieser Unfall führt zu einer unfallbedingten Invalidität im Sinne dieser Bedingungen.

Diese Invalidität

- tritt innerhalb einer nachfolgend bestimmten Frist nach dem Unfall ein und wird innerhalb einer weiteren nachfolgend festgelegten Frist nach dem Unfall ärztlich festgestellt und
- wird innerhalb einer nachfolgend bestimmten Frist bei uns geltend gemacht und
- führt zu einem Mindestinvaliditätsgrad, dessen Höhe im Folgenden festgelegt wird und
- bemisst sich nach den nachfolgend genannten Maßstäben (u.a. Gliedertaxe).

2. Schweregrade

a. Schweregrad 1

Dieser Schweregrad liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person unfallbedingt eine schwere Beeinträchtigung mit einem Invaliditätsgrad von mindestens 35 % aber unterhalb von 50 % erleiden.

Beispiel:

Sie verlieren durch einen Unfall Ihr Gehör auf einem Ohr. Sie erhalten ein Viertel der vereinbarten Rente.

b. Schweregrad 2

Dieser Schweregrad liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person unfallbedingt einen Invaliditätsgrad von mindestens 50 % erreichen.

Beispiel:

Sie verlieren durch einen Unfall eine Hand. Sie erhalten die volle Rente.

3. Definition Unfall

Ein Unfall liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person durch

- ein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis (Unfallereignis) unfreiwillig eine Gesundheitsschädigung

erleiden/erleidet.

4. Erweiterter Unfallbegriff

Darüber hinaus sind Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person bei den folgenden Ereignissen versichert. Eine Versicherungsleistung wird nur dann gezahlt, wenn durch das Ereignis ein Invaliditätsgrad von mindestens 35 % erreicht wird. Die nachfolgend genannten Schadenbeispiele führen nicht zwingend zu einer Versicherungsleistung im Sinne dieser Bedingungen, sondern dienen lediglich der Erläuterung.

a. Erhöhte Kraftanstrengung/Eigenbewegung

Als Unfall gelten sämtliche Gesundheitsschäden, die durch erhöhte Kraftanstrengungen oder Eigenbewegungen verursacht werden.

Eine erhöhte Kraftanstrengung ist eine Bewegung, deren Muskeleinsatz über die normalen Handlungen des täglichen Lebens hinausgeht. Maßgeblich für die Beurteilung des Muskeleinsatzes sind Ihre individuellen körperlichen Verhältnisse.

b. Bewusstseinsstörungen

Versichert sind Unfälle durch Bewusstseinsstörungen.

Eine Bewusstseinsstörung liegt vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person wegen einer der nachstehend aufgeführten Ursachen in der Aufnahme- und Reaktionsfähigkeit so beeinträchtigt sind, dass Sie den Anforderungen der konkreten Gefahrenlage nicht mehr gewachsen sind.

Versicherte Ursachen für eine Bewusstseinsstörung sind:

- Herzinfarkt
- Schlaganfall
- Herz- und Kreislaufstörung
- Medikamenteneinfluss
- Übermüdung
- Witterungsbedingungen
- Alkoholeinfluss; beim Lenken von motorisierten Fahrzeugen jedoch nur, wenn der Blutalkoholgehalt zum Unfallzeitpunkt 1,3 ‰ nicht übersteigt
- epileptischer Anfall
- Krampfanfall, der den ganzen Körper ergreift

Beispiele:

Sie als versicherte Person erleiden auf einer Fahrradtour einen Herzinfarkt, verlieren dadurch die Kontrolle über das Fahrrad und fallen kopfüber in einen Graben und verletzen sich dabei so stark, dass ein Invaliditätsgrad von 37 % festgestellt wird.

Sie stürzen infolge einer Kreislaufstörung die Treppe herunter und sind halbseitig gelähmt, mit einem Invaliditätsgrad von 80 %.

Sie verursachen mit Ihrem Pkw einen Verkehrsunfall aufgrund Übermüdung (Sekundenschlaf) und verlieren daraufhin Ihren linken Unterschenkel, es wird eine dauerhafte Invalidität von 75 % festgestellt.

c. Infektion

Versichert sind Infektionen jeglicher Art unabhängig von dem Übertragungsweg und der Ursache. Impfschäden sind ebenfalls mitversichert.

Beispiel:

Sie als versicherte Person werden beim Spielen mit Ihren Kindern im hohen Gras von einer Zecke gebissen, wodurch Sie mit Borreliosebakterien infiziert werden. Ein Jahr später lösen diese eine Hirnhautentzündung aus, die zu einem Invaliditätsgrad von 45 % führt.

d. Vergiftung/schädliche Stoffe

Vergiftungen jeglicher Art sind mitversichert.

Beispiel:

Das versicherte Kind spielt mit einem Rohrreiniger, das Natriumhydroxid enthält und Verätzungen verursacht. Die Flüssigkeit gerät ins Auge. Es kommt zu einer Augenverätzung und dadurch zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Sehstärke, die zu einem Invaliditätsgrad von 38 % führt.

Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person sind auch versichert, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person schädlichen Stoffen oder Einwirkungen durch unabwendbare Umstände oder in Unkenntnis der schädlichen Wirkung über einen Zeitraum von bis zu sieben Tagen ausgesetzt waren.

e. Hitze/Kälte

Als Unfall gelten Gesundheitsschäden durch Hitze (Sonnenbrand und Sonnenstich) und Kälte (Erfrierungen).

Beispiel:

Sie als versicherte Person verlaufen sich bei einer Winterwanderung in den Bergen und werden erst nach Stunden gefunden. Mit Erfrierungen an den Händen werden Sie ins Krankenhaus eingeliefert. Eine Hand muss amputiert werden und führt zu einem Invaliditätsgrad von 70 %.

f. Strahlenrisiko

Gesundheitsschäden durch Strahlen jeglicher Art, mit Ausnahme von Kernenergie, sind versichert.

Wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person jedoch berufsmäßig dem Risiko der Kernenergie ausgesetzt sind oder die Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, ist dies versichert.

Beispiel:

Als Patient erleiden Sie als versicherte Person durch den Defekt eines Röntgengerätes, der zum Austritt einer erhöhten Strahlenmenge führt, schwere Gesundheitsschädigungen, die einen Invaliditätsgrad von 53 % ergeben.

g. Flüssigkeits-/Nahrungsmittel-/Sauerstoffentzug

Gesundheitsschäden durch den unfreiwilligen Entzug von Flüssigkeiten, Nahrung oder Sauerstoff gelten als Unfall.

Beispiel:

Sie als versicherte Person erleiden bei einem Tauchgang eine Schädigung durch Sauerstoffentzug über einen längeren Zeitraum. Dieser führt zu einer Unterversorgung des Gehirns, wodurch eine dauerhafte Invalidität von 81 % zurückbleibt.

h. Heilmaßnahme/Eingriff am Körper

Versichert sind Gesundheitsschäden durch unfallbedingte Heilmaßnahmen oder Eingriffe.

Beispiel:

Sie als versicherte Person erleiden einen Unfall und lassen die Unfallverletzung ärztlich behandeln. Ein Behandlungsfehler führt dabei zu weiteren Schädigungen und es wird ein Invaliditätsgrad von 35 % festgestellt.

i. Krankhafte Störung

Krankhafte Störungen infolge psychischer Reaktionen aufgrund eines Unfalles sind versichert.

Beispiel:

Sie als versicherte Person erleiden aufgrund einer Verletzung durch einen katastrophalen Verkehrsunfall eine posttraumatische Belastungsstörung. Ein psychologisches Gutachten weist einen Invaliditätsgrad von 50 % aus.

j. Rettungsmaßnahme

Die bewusst in Kauf genommene Gesundheitsschädigung infolge rechtmäßiger Verteidigung oder bei der Bemühung zur Rettung von Menschen, Tieren oder Sachen gilt als unfreiwillig und versichert.

Beispiel:

Sie als versicherte Person versuchen eine verletzte Person aus einem verunfallten Pkw zu retten. Dabei schneiden Sie sich an einem herausragenden Metallteil den Unterarm auf. Es kommt zu schweren Sehnenverletzungen mit anschließendem Morbus Sudeck. Es verbleibt eine Invalidität von 56 %.

k. Medikamentenentzug

Gesundheitsschäden, die aufgrund einer Entführung oder Geiselnahme und der damit verbundenen unsachgemäßen Verabreichung von Medikamenten oder einem Medikamentenentzug entstehen, gelten als Unfall.

I. Kriegsrisiko bei Reise

Unfälle, die unmittelbar oder mittelbar durch überraschende Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht werden, sind während einer Auslandsreise versichert. Versicherungsschutz besteht bis zum Ende des siebten Tages ab Beginn der Kriegshandlungen.

Der Krieg/Bürgerkrieg darf nicht bereits vor der Reise begonnen haben. Unfälle durch die aktive Teilnahme am Krieg/Bürgerkrieg sowie durch ABC-Waffen und im Zusammenhang mit einem Krieg oder kriegsähnlichen Zustand zwischen den Ländern China, Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Japan, Russland oder USA sind nicht versichert.

m. Unerlaubtes Fahren

Versichert sind Unfälle von Personen unter 18 Jahren sowie von Personen, die eine Betreuung benötigen, wenn diese ein Land- oder Wasserfahrzeug lenken oder fahren, ohne im Besitz einer gültigen Fahrerlaubnis zu sein. Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn eine weitere Straftat die Fahrt erst ermöglicht hat.

Beispiel:

Wenn das von Ihnen versicherte minderjährige Kind ein Fahrzeug aufbricht und mit diesem dann einen Unfall verursacht, besteht kein Versicherungsschutz.

n. Fahren mit Karts

Mitversichert sind Unfälle infolge von gelegentlichem Fahren mit geliehenen oder gemieteten Karts auf einer Indoor-, Outdoor-, oder Crosskartanlage, auch wenn es auf die Erzielung einer Höchstgeschwindigkeit ankommt. Es darf jedoch hierfür keine Lizenz erforderlich sein. Dieser Versicherungsschutz gilt nur innerhalb Europas und für die Personen, die das 16. Lebensjahr vollendet haben.

Beispiel:

Auf der Kartbahn kommt es zu einem Zusammenstoß. Sie als versicherte Person werden durch den Aufprall aus dem Kart geschleudert und ziehen sich dabei multiple Brüche der Gliedmaßen zu. Es verbleibt eine Gesamtinvalidität von 40 % auf den Körper.

o. Berufliches Flugrisiko

Als mitversichert gelten alle beruflichen Tätigkeiten, die mit Hilfe eines Luftfahrzeuges ausgeübt werden können. Ausgenommen hiervon sind Unfälle bei der beruflichen Tätigkeit als Luftsportgeräteführer, Testpilot oder Flugversuchspilot.

Beispiel:

Sie als versicherte Person sind Flugbegleiter/in eines Passagierflugzeuges und ziehen sich bei einer Notlandung schwere Verletzungen zu, die zu einem Invaliditätsgrad von 65 % führen.

p. Tauchrisiko

Die typischen Gesundheitsschäden beim Tauchen sind auch dann versichert, wenn kein plötzlich von außen auf den Körper wirkendes Ereignis eingetreten ist.

Beispiel:

Aufgrund eines Defektes an der Tauchausrüstung müssen Sie als versicherte Person einen Notaufstieg durchführen und erleiden eine schwere Dekompressionskrankheit, durch die Sie Ihr Gehör verlieren. Dieser Verlust ist mit einem Invaliditätsgrad von 70% beziffert.

5. Voraussetzungen für eine Invalidität

a. Unfallbedingte Invalidität

Eine Invalidität liegt bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person vor, wenn unfallbedingt

- die körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit
- dauerhaft

beeinträchtigt ist.

Dauerhaft ist eine Beeinträchtigung, wenn

- sie voraussichtlich länger als drei Jahre bestehen wird und
- eine Änderung dieses Zustandes nicht zu erwarten ist.

Beispiel:

Eine Beeinträchtigung ist nicht dauerhaft, wenn Sie als versicherte Person einen Knochenbruch erleiden, der innerhalb eines Jahres folgenlos ausheilt.

b. Eintritt und ärztliche Feststellung der Invalidität

Die Invalidität muss

- innerhalb von 24 Monaten nach dem Unfall eingetreten und
- innerhalb von 36 Monaten von einem Arzt schriftlich festgestellt worden sein.

Bei einer Infektion beginnen die Fristen mit der erstmaligen Diagnose durch einen Arzt.

c. Geltendmachung der Invalidität

Sie müssen die Invalidität innerhalb von 36 Monaten nach dem Unfall bei K&M geltend machen. Geltend machen heißt: Sie teilen K&M mit, dass Sie von einer Invalidität ausgehen.

Nur in besonderen Ausnahmefällen lässt es sich entschuldigen, wenn Sie die Frist versäumt haben.

Beispiel:

Sie als versicherte Person haben durch einen Unfall schwere Kopfverletzungen erlitten und waren deshalb nicht in der Lage, mit uns Kontakt aufzunehmen.

d. Bemessung des Invaliditätsgrades/Gliedertaxe

Der Invaliditätsgrad richtet sich nach der folgenden Gliedertaxe, sofern die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane dort genannt sind.

Maßgeblich ist der unfallbedingte Gesundheitszustand, der spätestens am Ende des dritten Jahres nach dem Unfall erkennbar ist. Dies gilt sowohl für die erste als auch für spätere Bemessungen der Invalidität.

Bei Verlust oder vollständiger Funktionsunfähigkeit der folgenden Körperteile oder Sinnesorgane gelten ausschließlich die hier genannten Invaliditätsgrade.

Arm	75 %
Arm bis oberhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Arm unterhalb des Ellenbogengelenks	75 %
Hand	70 %
Daumen	25 %
Zeigefinger	15 %
anderer Finger	10 %
Bein über der Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis zur Mitte des Oberschenkels	75 %
Bein bis unterhalb des Knies	75 %
Bein bis zur Mitte des Unterschenkels	75 %
Fuß	50 %
große Zehe	8 %
andere Zehe	3 %
Auge	50 %
Gehör auf einem Ohr	35 %
Geruchssinn	10 %
Geschmackssinn	5 %
Stimme	70 %

Bei Teilverlust oder teilweiser Funktionsbeeinträchtigung gilt der entsprechende Teil der genannten Invaliditätsgrade.

Beispiel:

Ist Ihr Arm vollständig funktionsunfähig, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 75%. Ist er um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, ergibt das einen Invaliditätsgrad von 7,5% (= ein Zehntel von 75%).

e. Bemessung außerhalb der Gliedertaxe

Für andere Körperteile oder Sinnesorgane richtet sich der Invaliditätsgrad danach, in welchem Umfang die normale körperliche oder geistige Leistungsfähigkeit insgesamt dauerhaft beeinträchtigt ist. Maßstab ist eine durchschnittliche Person gleichen Alters und Geschlechts.

Die Bemessung erfolgt ausschließlich nach medizinischen Gesichtspunkten.

f. Minderung bei Vorinvalidität

Der Invaliditätsgrad mindert sich um eine Vorinvalidität.

Eine Vorinvalidität besteht, wenn die betroffenen Körperteile oder Sinnesorgane von Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person schon vor dem Unfall dauerhaft beeinträchtigt waren. Sie wird nach der Gliedertaxe oder bei anderen betroffenen Körperteilen oder Sinnesorganen nach medizinischen Gesichtspunkten bemessen.

Beispiel:

Ist Ihr Arm durch einen Unfall vollständig funktionsunfähig geworden, beträgt der Invaliditätsgrad 75 %. War dieser Arm schon vor dem Unfall um ein Zehntel in seiner Funktion beeinträchtigt, beträgt die Vorinvalidität 7,5 % (= ein Zehntel von 75 %). Diese 7,5 % Vorinvalidität werden abgezogen. Es verbleibt ein unfallbedingter Invaliditätsgrad von 67,5 %.

g. Invaliditätsgrad bei Beeinträchtigung mehrerer Körperteile oder Sinnesorgane

Durch einen Unfall können bei Ihnen als versicherte Person oder bei der in Ihrem Vertrag versicherten Person mehrere Körperteile oder Sinnesorgane beeinträchtigt sein. Dann werden die Invaliditätsgrade, die nach den vorstehenden Bestimmungen ermittelt wurden, zusammengerechnet.

Beispiel:

Durch einen Unfall ist Ihre Hand zu 5/10 funktionsunfähig, was einem Invaliditätsgrad von 35 % (fünf Zehntel von 70 %) entspricht. Zudem ist Ihr Fuß zu 4/10 beeinträchtigt, was einem Invaliditätsgrad von 20 % (vier Zehntel von 50 %) entspricht. Die Addition der Invaliditätsgrade ergibt 55 %. Somit erhalten Sie die volle Rente.

h. Verzicht auf Mitwirkung von Krankheiten und Gebrechen

Wir verzichten generell auf die Anrechnung des Mitwirkungsanteiles von Krankheiten und Gebrechen.

VI. HIV-Infektion

Ein Leistungsfall liegt vor, wenn bei Ihnen als versicherte Person oder bei der in Ihrem Vertrag versicherten Person unter den nachfolgenden Voraussetzungen eine HIV-Infektion durch Berufsausübung oder Bluttransfusion festgestellt wird. Die Leistungsvoraussetzungen sind uns durch ein ärztliches Gutachten zu belegen.

Bei einem unten aufgeführten Leistungsfall HIV-Infektion durch Berufsausübung oder Bluttransfusion wird die volle vereinbarte Rente gemäß Schweregrad 2 geleistet.

HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

1. HIV-Infektion bei beruflicher Tätigkeit

Eine HIV-Infektion – erworben während der beruflichen Tätigkeit – im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person nach Versicherungsbeginn

- durch eine Verletzung oder
- durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten

während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde und folgende Bedingungen erfüllt:

- Die HIV-Infektion wurde während der Ausübung der normalen Tätigkeit des Berufes erworben.
- Der Beruf ist in der nachfolgenden aufgeführten Liste der versicherten beruflichen Tätigkeiten enthalten.
- Die Serokonversion (Antikörperentwicklung) ist innerhalb von sechs Monaten nach dem Vorfall erfolgt.
- Innerhalb von fünf Tagen nach dem Vorfall ist ein Bluttest durchgeführt worden, der das Nichtvorhandensein von HI-Viren oder von Antikörpern auf HI-Viren anzeigt.
- Innerhalb von zwölf Monaten nach dem Vorfall sind HI-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen worden.
- Der Vorfall ist nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden.

Die vorgenannte Deckung besteht nur bei Ausübung folgender Berufe (Liste der versicherten beruflichen Tätigkeiten):

- Arzt/Ärztin (Allgemeinarzt/-ärztin, Facharzt/-ärztin, etc.)
- Altenpfleger/-in
- Arzthelfer/-in
- Feuerwehrpersonal
- Gefängnispersonal
- Hebamme, Entbindungspfleger
- Krankenhaushilfspersonal
- Krankenschwester/-pfleger
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Personal in medizinischen Einrichtungen
- Polizist/-in
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Sanitäter/-in, Rettungsassistent/-in
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Zahnarzt/-ärztin
- Zahnarzthelfer/-in
- Zahntechniker/-in

2. HIV-Infektion durch Bluttransfusion

Eine HIV-Infektion – erworben durch Bluttransfusion – im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer bei Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Uns wird ein Schuldanerkennnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte, oder ein rechtskräftiges Urteil vorgelegt, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde.
- Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person leiden nicht an Hämophilie (Bluterkrankheit).
- Wir haben freien Zugang zu allen Blutproben von Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person sowie die Möglichkeit, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen.

VII. Schwere Krankheiten bei Kindern

1. Voraussetzungen für einen Leistungsfall

Als Versicherungsleistung zahlen wir Ihnen eine einmalige Kapitalleistung in Höhe einer vollen Jahresrente, wenn

- bei einem leiblichen oder adoptierten Kind von Ihnen als versicherte Person oder von einer in Ihrem Vertrag versicherten Person, das im Zeitpunkt der Erkrankung maximal 4,5 Jahre alt ist,
- während der Versicherungsdauer,
- nach Ablauf der Wartezeit,
- eine der folgenden schweren Krankheiten gemäß den nachfolgenden Definitionen ärztlich festgestellt wird:
 - Krebs inklusive Gehirntumor
 - Gehörlosigkeit
 - Blindheit
 - Lähmung
 - Verlust von Gliedmaßen
 - Enzephalitis
 - Meningitis
 - Schwere Verbrennung
 - Koma

und die Karenzzeit abgelaufen ist.

Die Leistung wird pro Kind nur einmal gezahlt. Dies gilt auch bei gleichzeitigem Eintritt mehrerer schwerer Krankheiten. Voraussetzung des Anspruchs auf Versicherungsleistung ist, dass die schwere Krankheit eintritt

- nach Ablauf der Wartezeit von drei Monaten ab Vertragsschluss, in der kein Versicherungsschutz besteht. Ferner ist unsere Leistungspflicht ausgeschlossen, wenn die schwere Krankheit erst nach Ablauf der Wartezeit eintritt, aber bereits innerhalb der Wartezeit erste Symptome dieser schweren Krankheit aufgetreten sind.

Und

- nach Ablauf der Karenzzeit von 28 Tagen seit der ärztlichen Diagnose, sofern das betroffene Kind diesen Zeitpunkt erlebt.

Die schwere Krankheit ist uns durch ein ärztliches Gutachten eines entsprechenden Facharztes nachzuweisen. Die übrigen Bedingungen des Vertrages, insbesondere die Ausschlüsse, gelten für diese Leistung entsprechend.

2. Schwere Krankheiten

Als schwere Krankheiten im Sinne dieser Bedingungen gelten:

a. Krebs inklusive Gehirntumor

Krebs gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind die in § 2 II. 1. und 2. (Seite 19 u. 20) genannten Voraussetzungen für die Gewährung einer Krebsrente entsprechend vorliegen. Als Krebserkrankung im Sinne dieses Abschnittes gelten entsprechend § 2 II. 2. (Seite 20) auch Tumore des Gehirns.

b. Gehörlosigkeit

Gehörlosigkeit gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind die in § 2 III. 5. c. (Seite 25) genannten Voraussetzungen für den Verlust der Grundfähigkeit Hören entsprechend vorliegen.

c. Blindheit

Blindheit gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind die in § 2 III. 5. a. (Seite 24) genannten Voraussetzungen für den Verlust der Grundfähigkeit Sehen entsprechend vorliegen.

d. Lähmung

Eine Lähmung gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind zwei Arme oder zwei Beine oder eine Körperhälfte vollständig und dauerhaft gelähmt sind. Eine vollständige Lähmung ist erreicht, wenn die Gliedmaßen dauerhaft und unumkehrbar nicht gegen die Schwerkraft bewegt werden können.

e. Verlust von Gliedmaßen

Der Verlust von Gliedmaßen gilt als schwere Krankheit, wenn das davon betroffene Kind einen kompletten Unterarm und einen Teil des zugehörigen Oberarms oder einen kompletten Unterschenkel und einen Teil des zugehörigen Oberschenkels verloren hat.

f. Enzephalitis

Enzephalitis gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind eine Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns vorliegt, die durch Viren oder Bakterien verursacht wurde und zu schweren dauerhaften neurologischen Ausfällen führt. Die Beurteilung der neurologischen Ausfälle und ihrer Dauerhaftigkeit darf frühestens sechs Wochen nach Diagnose der Erkrankung erfolgen.

g. Meningitis

Meningitis gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind eine Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkshäute vorliegt, die durch eine Infektion mit Bakterien verursacht wurde und zu schweren dauerhaften neurologischen Ausfällen führt. Die Beurteilung der neurologischen Ausfälle und ihrer Dauerhaftigkeit darf frühestens sechs Wochen nach Diagnose der Erkrankung erfolgen.

h. Schwere Verbrennung

Eine schwere Verbrennung gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind eine Verbrennung dritten Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche vorliegt, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkung auf die Haut entstanden ist.

i. Koma

Koma gilt als schwere Krankheit, wenn bei dem davon betroffenen Kind infolge von Krankheit oder Unfall ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse eingetreten ist, der mindestens 96 Stunden andauert, eine künstliche Beatmung erfordert und nachweisbar zu schweren dauerhaften neurologischen Ausfällen führt.

VIII. Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Wenn Sie vor Vollendung des 58. Lebensjahres unverschuldet arbeitslos im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen werden, führen wir den Versicherungsvertrag für maximal 6 Monate bei unveränderter Leistung beitragsfrei fort. Dies gilt nur, wenn Sie vor Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate ununterbrochen im Umfang von mindestens 15 Wochenstunden beschäftigt waren, der Versicherungsvertrag bei Eintritt der Arbeitslosigkeit mindestens 24 Monate bestanden hat und zu diesem Zeitpunkt alle fälligen Beiträge für den Versicherungsvertrag gezahlt sind.

Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn Sie keiner bezahlten Beschäftigung nachgehen, bei der Agentur für Arbeit arbeitslos gemeldet sind, Arbeitslosengeld I oder II beziehen und sich aktiv um Arbeit bemühen.

Für Selbstständige liegt Arbeitslosigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn Sie ihre selbstständige Tätigkeit aus wirtschaftlichem Grund und nicht nur vorübergehend eingestellt haben, sich arbeitslos gemeldet haben, aktiv Arbeit suchen und keiner gegen Entgelt ausgeübten Tätigkeit nachgehen. Ein wirtschaftlicher Grund für die Aufgabe der selbstständigen Tätigkeit liegt vor, wenn das zu versteuernde Einkommen hieraus in den letzten 12 Monaten vor der Aufgabe in Summe geringer war als 20% der maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Die Beitragsfreistellung beginnt mit der Fälligkeit, die dem Eintritt der Arbeitslosigkeit und der Meldung bei uns folgt und endet nach Ablauf der 6 Monate oder bei Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit. Wenn Sie während des sechsmonatigen Zeitraums der Beitragsfreistellung eine Beschäftigung aufnehmen und erneut arbeitslos im Sinne dieser Bedingungen werden, wird der Versicherungsvertrag ab der Fälligkeit, die dem Eintritt der erneuten Arbeitslosigkeit und der Meldung bei uns folgt, nochmals so lange freigestellt, bis die gesamten 6 Monate Beitragsfreistellung erreicht sind.

Der Eintritt und das Fortbestehen der Arbeitslosigkeit sind uns nachzuweisen. Die Beendigung der Arbeitslosigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

Für eine Arbeitslosigkeit, die bei Abschluss dieses Vertrages bereits bekannt oder angekündigt war, erfolgt keine Beitragsfreistellung im Sinne dieser Regelung.

Abschnitt B:

Leistungen der zusätzlich optional gegen Mehrbeitrag wählbaren Best-Bausteine

Dieser Abschnitt ist für Sie nur von Bedeutung, falls Sie einen der Best-Bausteine mit uns vereinbart haben. Sollten Sie sich gegen den Einschluss eines Best-Bausteins entschieden haben, können Sie diesen Abschnitt überspringen und auf Seite 47 (Abschnitt C) weiterlesen.

Zusätzlich zu den oben aufgeführten Leistungen des Grundtarifs können Sie Versicherungsschutz für maximal einen in diesem Abschnitt optional aufgeführten Best-Bausteine gegen Mehrbeitrag erhalten. Diese Best-Bausteine enthalten:

- Kapitalsofortleistung und weitere Zusatzleistungen (Best-Baustein I)
- Lebenslange Krebsleistung ab Grad bzw. Stadium IV und weitere Zusatzleistungen (Best-Baustein II)
- Lebenslange Krebsleistung ab Grad bzw. Stadium III und weitere Zusatzleistungen (Best-Baustein III)

Während der Vertragslaufzeit ist der Einschluss eines Best-Bausteins nur bei erneuter Gesundheitsprüfung möglich.

Bei Kündigung des Grundtarifs gilt automatisch auch der vereinbarte Best-Baustein als gekündigt. Eine Kündigung nur des Best-Bausteins kann dagegen auch unabhängig vom Grundtarif erfolgen. Beachten Sie hierzu bitte die Regelungen des Abschnitts C, § 5 III. 1. und 2. (Seite 53) Angaben zu dem von Ihnen gewählten Produkt bzw. der von Ihnen gewählten Produktkombinationen können Sie dem Versicherungsschein entnehmen.

§ 1 Best-Baustein I:

Kapitalsofortleistung und weitere Zusatzleistungen

Der Best-Baustein I kann gegen Mehrbeitrag mitversichert werden. Sofern dieser Best-Baustein I vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde, gelten die folgenden Bestimmungen ergänzend zu den Bestimmungen der Abschnitte A und C.

I. Bei Rentenzahlung im Leistungsfall

Wird die Hauptleistung erbracht, zahlen wir Ihnen zusätzlich zur ersten Rentenzahlung eine Kapitalsofortleistung von drei vollen Monatsrenten, unabhängig vom Schweregrad. Eine Anrechnung auf folgende Leistungen erfolgt insoweit nicht.

II. Bei schwerer Operation bei Minderjährigen

Ist ein minderjähriges Kind die versicherte Person und wird bei diesem eine der aufgeführten schweren Operationen durchgeführt, zahlen wir Ihnen eine Kapitalsofortleistung in Höhe einer vollen Jahresrente, wenn kein rechtmäßiger Anspruch auf die Hauptleistung besteht.

Der Anspruch auf die Leistung bei schweren Operationen kann nur einmal jährlich entstehen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Durchführung der schweren Operation.

Eine versicherte schwere Operation liegt vor, wenn es sich um einen der folgenden Eingriffe handelt:

- Eingriff am Herzen mit Öffnung des Brustkorbes
- Eingriff an den Lungen mit Öffnung des Brustkorbes
- Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine
- Lebereingriff mit Öffnung der Bauchhöhle
- Eingriff an den Nieren
- Eingriff am Gehirn mit Öffnung des Schädels

sowie gleichzeitig

- eine Vollnarkose notwendig war und
- eine Behandlungsdauer von mehr als sieben Tagen im Krankenhaus erfolgte.

Nicht versichert sind Punktionen, Katheterbehandlungen oder endoskopische Behandlungen.

§ 2 Best-Baustein II:

Lebenslange Krebsleistung Grad bzw. Stadium IV und weitere Zusatzleistungen

Der Best-Baustein II kann gegen Mehrbeitrag mitversichert werden. Sofern dieser Best-Baustein II vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde, gelten die folgenden Bestimmungen ergänzend zu den Bestimmungen der Abschnitte A und C.

I. Lebenslange Krebsleistung

Die maximale Leistungsdauer für Sie als versicherte Person oder für die in Ihrem Vertrag versicherte Person ist bei einer Krebserkrankung ab Stadium bzw. Grad IV im Sinne von § 2 II. 2. (Seite 20) der Bedingungen des Abschnitts A lebenslang. Unser Recht auf Neubemessung bleibt hiervon unberührt.

Für die lebenslange Krebsleistung ab Stadium bzw. Grad IV gelten mit Ausnahme der maximalen Leistungsdauer für Krebs ab Stadium bzw. Grad IV, die Vorschriften aus § 2 II. 3. a. (Seite 20) des Abschnitts A ergänzend.

II. Bei Rentenzahlung im Leistungsfall

Wird die Hauptleistung erbracht, zahlen wir Ihnen zusätzlich zur ersten Rentenzahlung eine Kapitalsofortleistung von sechs vollen Monatsrenten, unabhängig vom Schweregrad. Eine Anrechnung auf folgende Leistungen erfolgt insoweit nicht.

III. Bei schwerer Operation bei Minderjährigen

Ist ein minderjähriges Kind die versicherte Person und wird bei diesem eine der aufgeführten schweren Operationen durchgeführt, zahlen wir Ihnen eine Kapitalsofortleistung in Höhe einer vollen Jahresrente, wenn kein rechtmäßiger Anspruch auf die Hauptleistung besteht.

Der Anspruch auf die Leistung bei schweren Operationen kann nur einmal jährlich entstehen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Durchführung der schweren Operation.

Eine versicherte schwere Operation liegt vor, wenn es sich um einen der folgenden Eingriffe handelt:

- Eingriff am Herzen mit Öffnung des Brustkorbes
- Eingriff an den Lungen mit Öffnung des Brustkorbes
- Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine
- Lebereingriff mit Öffnung der Bauchhöhle
- Eingriff an den Nieren
- Eingriff am Gehirn mit Öffnung des Schädels

sowie gleichzeitig

- eine Vollnarkose notwendig war und
- eine Behandlungsdauer von mehr als sieben Tagen im Krankenhaus erfolgte.

Nicht versichert sind Punktionen, Katheterbehandlungen oder endoskopische Behandlungen.

IV. Erweiterung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit wird auf 12 Monate verlängert.

V. Erweiterung bei Rentensofortleistung

Im Leistungsfall haben Sie das Recht, sich anstatt sechs Monatsrenten (vgl. Abschnitt A § 1 II. 1. b. Abs. 4 (Seite 11)) maximal die ersten zwölf Monatsrenten entsprechend des Schweregrades in einer Summe auszahlen zu lassen. Sollten Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person versterben, erfolgt keine Rückforderung dieser erbrachten Leistung.

§ 3 Best-Baustein III:

Lebenslange Krebsleistung Grad bzw. Stadium III und weitere Zusatzleistungen

Der Best-Baustein III kann gegen Mehrbeitrag mitversichert werden. Sofern dieser Best-Baustein III vereinbart und im Versicherungsschein dokumentiert wurde, gelten die folgenden Bestimmungen ergänzend zu den Bestimmungen der Abschnitte A und C.

I. Lebenslange Krebsleistung

Die maximale Leistungsdauer für Sie als versicherte Person oder für die in Ihrem Vertrag versicherte Person ist bei einer Krebserkrankung ab Stadium bzw. Grad III im Sinne von § 2 II. 2. (Seite 20) der Bedingungen des Abschnitts A lebenslang. Unser Recht auf Neubemessung bleibt hiervon unberührt.

Für die lebenslange Krebsleistung ab Stadium bzw. Grad III gelten mit Ausnahme der maximalen Leistungsdauer für Krebs ab Stadium bzw. Grad III und Stadium bzw. Grad IV, die Vorschriften aus § 2 II. 3. a. (Seite 20) des Abschnitts A ergänzend.

II. Bei Rentenzahlung im Leistungsfall

Wird die Hauptleistung erbracht, zahlen wir Ihnen zusätzlich zur ersten Rentenzahlung eine Kapitalsofortleistung von sechs vollen Monatsrenten, unabhängig vom Schweregrad. Eine Anrechnung auf folgende Leistungen erfolgt insoweit nicht.

III. Bei schwerer Operation bei Minderjährigen

Ist ein minderjähriges Kind die versicherte Person und wird bei diesem eine der aufgeführten schweren Operationen durchgeführt, zahlen wir Ihnen eine Kapitalsofortleistung in Höhe einer vollen Jahresrente, wenn kein rechtmäßiger Anspruch auf die Hauptleistung besteht. Der Anspruch auf die Leistung bei schweren Operationen kann nur einmal jährlich entstehen. Die Frist beginnt mit dem Tag der Durchführung der schweren Operation.

Eine versicherte schwere Operation liegt vor, wenn es sich um einen der folgenden Eingriffe handelt:

- Eingriff am Herzen mit Öffnung des Brustkorbes
- Eingriff an den Lungen mit Öffnung des Brustkorbes
- Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine
- Lebereingriff mit Öffnung der Bauchhöhle
- Eingriff an den Nieren
- Eingriff am Gehirn mit Öffnung des Schädels

sowie gleichzeitig

- eine Vollnarkose notwendig war und
- eine Behandlungsdauer von mehr als sieben Tagen im Krankenhaus erfolgte.

Nicht versichert sind Punktionen, Katheterbehandlungen oder endoskopische Behandlungen.

IV. Erweiterung der Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit

Die Beitragsbefreiung bei Arbeitslosigkeit wird auf 12 Monate verlängert.

V. Erweiterung bei Rentensofortleistung

Im Leistungsfall haben Sie das Recht, sich anstatt sechs Monatsrenten (vgl. Abschnitt A § 1 II. 1. b. Abs. 4 (Seite 11)) maximal die ersten zwölf Monatsrenten entsprechend des Schweregrades in einer Summe auszahlen zu lassen. Sollten Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person versterben, erfolgt keine Rückforderung dieser erbrachten Leistung.

Abschnitt C:

Allgemeiner Teil und weitere Bestimmungen zum Versicherungsumfang

Die Bedingungen des Allgemeinen Teils gelten ergänzend zu den Bedingungen der Abschnitte A und B für das gesamte Versicherungsprodukt allsafe lavida – DIE Lebensstandardversicherung.

Falls nicht anders beschrieben, geltend die nachfolgenden Verweise in diesem Abschnitt ausschließlich für diesen Abschnitt C.

§ 1 Was ist nicht versichert?

Die nachstehend aufgeführten Ausschlüsse gelten grundsätzlich für alle Leistungsfälle, sofern nachfolgend keine andere Regelung beschrieben ist oder nicht innerhalb dieser Bedingungen etwas anderes vereinbart ist.

Wir leisten nicht, wenn die Beeinträchtigung, die Organschädigung, die Krebserkrankung, der Verlust von Grundfähigkeiten, der Eintritt von Pflegebedürftigkeit oder (soweit nicht anders vereinbart) die Invalidität durch Unfall durch die folgenden Ereignisse verursacht worden ist:

I. Medikamenten-, Drogen- und Alkoholmissbrauch

Beeinträchtigungen durch Gesundheitsschädigungen oder daraus resultierenden Folgen aufgrund von Medikamenten-, Drogen- und Alkoholmissbrauchs sind nicht versichert. Bitte beachten Sie jedoch den Versicherungsschutz bei Invalidität durch Unfall. (vgl. Abschnitt A § 2 V. 3. (Seite 30))

Beispiel:

Sie als versicherte Person balancieren aufgrund Drogenkonsums auf einem Geländer und stürzen ab. Sie erhalten keine Leistung.

II. Führen von Kfz unter Alkohol- oder Drogeneinfluss

Kein Versicherungsschutz besteht für Unfälle oder unfallbedingte Krankheiten, die einem Führer eines motorisierten Fahrzeuges zustoßen, wenn der Blutalkoholgehalt zum Zeitpunkt des Unfalles über 1,3 ‰ lag oder der Führer des Fahrzeugs zum Zeitpunkt des Unfalles unter Drogeneinfluss stand.

III. Bewusste Herbeiführung eines Leistungsfalls

Erfolgt die Beeinträchtigung durch bewusste Herbeiführung von Krankheiten oder Kräfteverfall, bewusste Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung, besteht kein Versicherungsschutz. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlung in einem die freie Willensbestimmung (-bildung) ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten.

Beispiel:

Aufgrund finanzieller Nöte trennen Sie sich als versicherte Person Daumen und Zeigefinger der rechten Hand ab. Sie erhalten keine Leistung.

IV. Straftat

Kein Versicherungsschutz besteht für unmittelbare oder mittelbare Beeinträchtigungen durch vorsätzliche Ausführung einer Straftat oder den Versuch einer Straftat durch Sie als versicherte Person oder durch die in Ihrem Vertrag versicherte Person.

Bitte beachten Sie jedoch den Versicherungsschutz bei Invalidität durch Unfall. (vgl. Abschnitt A § 2 V. 3. (Seite 30))

V. Widerrechtliche Handlung Dritter

Wenn das versicherte minderjährige Kind, durch Ausführung einer widerrechtlichen Handlung eines gesetzlichen Vertreters oder eines Sorgeberechtigten vorsätzlich geschädigt wird, besteht kein Versicherungsschutz.

VI. Kriegsereignisse

Beeinträchtigungen durch Kriegsereignisse sind nicht versichert, sofern sie unmittelbar durch Geschehnisse eintreten, die sich erst ab dem achten Tag des Kriegsausbruchs ereignen.

VII. Kernenergie

Ausgeschlossen sind Beeinträchtigungen, die unmittelbar oder mittelbar durch Kernenergie verursacht werden. Wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt sind oder die Bestrahlung für Heilzwecke durch einen Arzt erfolgt, werden wir jedoch leisten. (vgl. Abschnitt A § 2 V. 4. f. (Seite 32))

VIII. Fahrtveranstaltung

Nicht versichert sind Beeinträchtigungen durch Gesundheitsschädigungen oder daraus resultierende Krankheiten, die Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person dadurch zustoßen, dass Sie oder die andere versicherte Person sich als Fahrer, Beifahrer oder Insasse eines Motorfahrzeuges an Fahrtveranstaltungen einschließlich der dazugehörigen Übungsfahrten beteiligen, bei denen es auf die Erzielung von Höchstgeschwindigkeit ankommt. Bitte beachten Sie jedoch den Versicherungsschutz bei Invalidität durch Unfall. (vgl. Abschnitt A § 2 V. 3. (Seite 30))

Beispiel:

Bei einem Motorbootrennen auf dem Rhein werden Sie als versicherte Person als Insasse des Bootes ins Wasser geschleudert und dabei verletzt. Sie erhalten keine Leistung.

IX. Nicht versicherbare berufliche und vergleichbare Tätigkeiten

Nicht versichert sind Unfälle, die Ihnen als versicherte Person oder die der in Ihrem Vertrag versicherten Person im Zusammenhang mit der Ausübung der Berufstätigkeit oder Beschäftigung in folgenden Berufen sowie im Zusammenhang mit einer gleichartigen Freizeitbeschäftigung zustoßen:

- Akrobat/-in
- Artist/-in
- Bergungstaucher/-in
- Bohrschichtführer/-in
- Boxer/-in

- Dompteur/-in
- Luftsportgeräteführer/-in (z. B. Gleitschirmflughlehrer/-in, Fallschirmlehrer/-in und Ultraleichtflughlehrer/-in)
- Flugversuchspilot/-in
- Forschungstaucher/-in
- Mitarbeiter/-in von Munitions-, Such- und Räumungstrupps
- Schießmeister/-in
- Sprengmeister/-in, -beauftragter/e, -berechtigter, -hauer/-in, -macher/-in
- Stückenschießer/-in (Bergbau)
- Rennfahrer/-in im Bereich Motorsport
- Stuntman/-frau
- Testfahrer/-in
- Testpilot/-in
- Tierbändiger/-in
- Trapezkünstler/-in
- Versuchsfahrer/-in
- Werksfahrer/-in

Der Ausschluss vom Versicherungsschutz gilt auch, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person erst während der Laufzeit des Vertrages eine der aufgeführten Berufstätigkeiten oder Beschäftigungen aufnehmen.

Versicherungsschutz besteht jedoch auf dem Weg zu oder von der Berufstätigkeit oder Beschäftigung.

X. Nicht versicherbare Freizeitaktivitäten

Nicht versichert sind Unfälle, die Ihnen als versicherte Person oder die der versicherten Person als Luftsportgeräteführer/-in zustoßen, sofern Sie nach deutschem Recht dafür eine Erlaubnis benötigen (z. B. Gleitschirmfliegen, Fallschirmspringen und Segelfliegen).

Versicherungsschutz besteht jedoch als Passagier/-in in Luftsportgeräten (z. B. in Ballonen oder Segelflugzeugen sowie beim Fallschirm-Tandemsprung).

Kein Versicherungsschutz besteht bei der Benutzung von Raumfahrzeugen.

§ 2 Wann sind unsere Leistungen an Sie fällig?

Wir sind Ihnen gegenüber verpflichtet innerhalb von drei Monaten in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen.

I. Fristbeginn

Die Frist beginnt bei Invalidität durch Unfall mit dem Eingang folgender Unterlagen:

- Nachweis des Unfallherganges und der Unfallfolgen
- Nachweis über den Abschluss des Heilverfahrens, soweit es für die Bemessung der Invalidität und der durch uns eingeleiteten Prüfung und fachmännische Beurteilung der Invalidität notwendig ist

Die Frist beginnt bei den anderen Leistungsfällen mit Beantragung der Leistung und der Vorlage der erforderlichen ärztlichen Unterlagen.

II. Kostenübernahme

Die ärztlichen Gebühren, die Ihnen zur Begründung des Leistungsanspruches entstehen, übernehmen wir in angemessener Höhe, wenn und soweit Ihnen bzw. der in Ihrem Vertrag versicherten Person kein Anspruch auf Ersatz der Kosten durch Dritte zusteht. Sonstige Kosten übernehmen wir nicht.

III. Zahlung

Erkennen wir den Anspruch an oder haben wir uns mit Ihnen über Grund und Höhe geeinigt, leisten wir innerhalb von zwei Wochen.

Wir überweisen die monatliche Rente oder ggf. die Kapital(sofar)leistung auf das von Ihnen benannte Bankkonto. Sofern wir auf ein Bankkonto außerhalb der Bundesrepublik Deutschland überweisen sollen, trägt der Empfänger die damit verbundenen Kosten sowie die damit verbundene Gefahr.

IV. Auskünfte und Lebensbescheinigung

Zu Prüfzwecken können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen im Rahmen der Neubemessungsfrist von Ihnen als versicherte Person oder von der in Ihrem Vertrag versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen.

Wir sind zur Überprüfung der Voraussetzungen für den Rentenbezug berechtigt, „Lebensbescheinigungen“ anzufordern. Wenn uns diese angeforderten Bescheinigungen nicht unverzüglich übersandt werden, ruht die Rentenzahlung ab der nächsten Fälligkeit.

§ 3 Was ist nach einem Leistungsfall zu beachten (Obliegenheiten)?

- I. Wir sind Ihnen gegenüber verpflichtet innerhalb von drei Monaten, nach Erhalt aller erforderlichen Unterlagen, in Textform zu erklären, ob und in welchem Umfang wir unsere Leistungspflicht anerkennen.
- II. Im Leistungsfall sind wir auf Ihre Unterstützung als Versicherungsnehmer und als versicherte Person beziehungsweise auf die Unterstützung der in Ihrem Vertrag versicherten Person angewiesen, damit wir unsere Leistung erbringen können.
- III. Nach einem Unfall, der voraussichtlich eine Leistungspflicht herbeiführt, oder sobald eine Beeinträchtigung im Sinne der weiteren Leistungsarten gemäß dieser Bedingungen vorliegen könnte, muss unverzüglich ein Arzt hinzugezogen, seine Anordnungen befolgt und wir unterrichtet werden. Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person sind jedoch nicht dazu verpflichtet, sich einer Operation zu unterziehen.
- IV. Bei zunächst geringfügig erscheinenden Gesundheitsbeeinträchtigungen liegt keine Obliegenheitsverletzung vor, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person einen Arzt erst dann hinzuziehen, wenn der wirkliche Umfang erkennbar wird.
- V. Wenn K&M die Beeinträchtigung nicht unverzüglich gemeldet oder nicht umgehend ein Arzt aufgesucht wird, kann dies Nachteile bei unserer Leistungsentscheidung zur Folge haben (vgl. Abschnitt C § 4 (Seite 52)), da uns gegenüber der Nachweis des Eintritts und des ununterbrochenen Vorliegens einer versicherten Beeinträchtigung durch einen Arzt erbracht werden muss.
- VI. Die Schadenanzeige muss wahrheitsgemäß ausgefüllt und an K&M unverzüglich zurückgesandt werden, darüber hinaus geforderte sachdienliche Auskünfte müssen in gleicher Weise erteilt werden.
- VII. K&M sind bei Beeinträchtigungen im Sinne dieser Bedingungen eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Beeinträchtigung sowie ausführliche schriftliche Befundberichte der Ärzte, die Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person behandeln oder behandelt oder untersucht haben, insbesondere über Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens einzureichen.
- VIII. Wir beauftragen Ärzte, falls dies für die Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist. Von diesen Ärzten müssen Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person sich untersuchen lassen.

Wir tragen die notwendigen Kosten und den Verdienstaufschlag, der durch die Untersuchung entsteht. Wird bei Selbstständigen der Verdienstaufschlag nicht konkret nachgewiesen, so wird ein fester Betrag erstattet, der 10% der vereinbarten Rentenhöhe höchstens jedoch 200 EUR beträgt.

Für die Prüfung unserer Leistungspflicht benötigen wir möglicherweise Auskünfte von

- Ärzten, die Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person behandeln oder untersucht haben,
- anderen Versicherern, Versicherungsträgern und Behörden.

Sie oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person müssen es uns ermöglichen, die erforderlichen Auskünfte zu erhalten.

Dazu können Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person die Ärzte und die genannten Stellen ermächtigen, uns die Auskünfte direkt zu erteilen. Ansonsten können Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person die Auskünfte selbst einholen und uns zur Verfügung stellen. Halten Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person sich im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen, sofern Sie oder die versicherte Person transportfähig sind, in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Die hierbei anfallenden Untersuchungskosten sowie angemessene Reisekosten übernehmen wir.

- IX.** Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person haben sich allen zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen zu unterziehen, die eine wesentliche Besserung Ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigungen erwarten lassen.

Zumutbar sind allerdings nur Untersuchungen und Behandlungen, bei denen ein Schaden für Leben oder Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden kann, mit denen keine erheblichen Schmerzen verbunden sind und die keinen erheblichen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit bedeuten.

Immer zumutbar sind damit Maßnahmen im Rahmen der medizinischen Grundversorgung (z. B. Blutkontrollen, das Einhalten von Diäten, Physiotherapie, Allergiebehandlung) und die Verwendung allgemein gebräuchlicher medizinisch-technischer Hilfsmittel (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- oder Hörhilfen).

Nicht unter die zumutbaren ärztlichen und medizinischen Maßnahmen fallen operative Behandlungen, spezielle Therapien wie Chemo- oder Strahlentherapie oder medikamentöse Behandlungen, mit denen regelmäßig unangemessen hohe Nebenwirkungen einhergehen. Eine Ablehnung derartiger Maßnahmen hat keinen Einfluss auf die Anerkennung unserer Leistungspflicht.

- X.** Eine Minderung oder ein Fortfall der jeweiligen Beeinträchtigung sowie der Tod von Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person muss uns unverzüglich mitgeteilt werden.

§ 4 Welche Folgen hat die Nichtbeachtung von Obliegenheiten?

Wird eine der zuvor genannten Obliegenheiten von Ihnen oder von der in Ihrem Vertrag versicherten Person vorsätzlich verletzt, entfällt der Versicherungsschutz.

Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Obliegenheit sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen.

Beides gilt bei Auskunfts- und Aufklärungsobliegenheiten nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Obliegenheit nicht grob fahrlässig verletzt wurde, bleibt der Versicherungsschutz bestehen.

Der Versicherungsschutz bleibt auch bestehen, wenn Sie nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit weder für den Eintritt oder die Feststellung des Leistungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang der Leistung ursächlich war.

Das gilt für vorsätzliche und grob fahrlässige Obliegenheitsverletzungen, nicht aber, wenn die Obliegenheit von Ihnen oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person arglistig verletzt wurde.

§ 5 Wann beginnt und wann endet Ihr Vertrag mit uns?

I. Beginn Ihres Versicherungsschutzes

Ihr Versicherungsschutz beginnt zu dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt. Voraussetzung für den Versicherungsschutz ist, dass Sie den ersten Beitrag unverzüglich innerhalb von 14 Tagen nach Zugang des Versicherungsscheins zahlen.

II. Vertragsdauer

Es handelt sich bei Ihrem Vertrag um einen einjährigen Vertrag.

Der Vertrag beginnt und endet um 12.00 Uhr mittags des jeweiligen Beginn- und Enddatums.

Der Vertrag verlängert sich stillschweigend um jeweils ein weiteres Jahr, wenn der Vertrag nicht gekündigt wird. Längstens jedoch bis zum Ablauf des Versicherungsjahres, in dem Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person das 67. Lebensjahr vollendet haben oder bis zum Tod von Ihnen als versicherte Person oder der in Ihrem Vertrag versicherten Person.

III. Vertragsbeendigung

1. Kündigung durch Sie

Sie können Ihren Versicherungsvertrag jedes Jahr drei Monate vor Ablauf der in Ihrem Versicherungsschein angegebenen Vertragszeit kündigen. Ihre Kündigung muss uns spätestens drei Monate vor dem Ablauf der Vertragszeit in Textform zugehen.

Falls Sie zusätzlich einen der Best-Bausteine gewählt haben, gilt dieser bei Kündigung des Grundtarifs ebenfalls automatisch als gekündigt. Eine Kündigung nur des Best-Bausteins kann dagegen unter den oben genannten Voraussetzungen auch unabhängig vom Grundtarif erfolgen.

2. Kündigung durch Sie nach Versicherungsfall

Der Vertrag ist durch Sie kündbar, wenn wir eine Leistung erbracht haben oder erbringen, oder wenn Sie gegen uns Klage auf Leistung erhoben haben.

Ihre Kündigung muss K&M spätestens einen Monat nach (erstmaliger) Leistung oder Beendigung des Rechtsstreits zugegangen sein.

Wenn Sie kündigen, wird Ihre Kündigung wirksam, sobald sie K&M zugeht. Sie können jedoch selbst festlegen, dass die Kündigung zu einem späteren Zeitpunkt wirksam wird, spätestens jedoch zum Ende des Versicherungsjahres.

3. Kündigung durch uns

Unser Recht, Ihren Versicherungsvertrag zu kündigen, wenden wir zu Ihren Gunsten nur mit folgenden Einschränkungen an:

Wir können unser Kündigungsrecht nur ausüben, wenn wir mit Schreiben vom gleichen Tag auch alle anderen Versicherungsverträge des Teilbestands kündigen, zu denen Ihr Versicherungsvertrag gehört. Ein Teilbestand besteht aus allen mit uns abgeschlossenen Versicherungsverträgen, denen dieselben Kalkulationsmethoden und -größen sowie dieselben Versicherungsbedingungen zugrunde liegen.

Unsere Kündigungsrechte wegen Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht (vgl. Abschnitt C § 15 (Seite 61)) sowie Zahlungsverzugs (vgl. Abschnitt C § 7, 8, (Seiten 55 u. 56)) bleiben von Vorstehendem unberührt.

Haben wir den Versicherungsvertrag gekündigt, werden wir auch für nach Vertragsbeendigung eingetretene Leistungsfälle leisten, wenn während der Vertragslaufzeit eine Krankheit diagnostiziert wurde, die Krankheit bei der Vertragsbeendigung noch nicht die Leistungsvoraussetzungen erfüllt, sich aber nach Vertragsbeendigung derart weiterentwickelt, dass erstmals innerhalb von zwölf Monaten nach Vertragsbeendigung die Leistungsvoraussetzungen vollständig erfüllt sind. Dasselbe gilt für die gesundheitlichen Beeinträchtigungen infolge eines während der Vertragslaufzeit eingetretenen Unfalls.

Für den Fall, dass wir zum Zeitpunkt der Kündigung einen Nachfolgetarif anbieten, werden wir Ihnen zusammen mit unserer Kündigung anbieten, einen Versicherungsvertrag in diesem Nachfolgetarif ohne erneute Gesundheitsprüfung abzuschließen. Ihren Wunsch nach einem Neuabschluss ohne Gesundheitsprüfung müssen Sie uns innerhalb von zwei Wochen nach Erhalt unseres Kündigungsschreibens mitteilen. Für den neuen Vertrag sind die dann geltenden Rechnungsgrundlagen und das dann erreichte Alter maßgeblich.

Hinsichtlich während der Laufzeit des gekündigten Vertrages diagnostizierter Krankheiten und Unfallfolgen, für die erst nach dessen Beendigung die Leistungsvoraussetzungen vollständig erfüllt sind, entfällt unsere Leistungspflicht nach diesem gekündigten Vertrag, wenn Sie sich für den Abschluss eines neuen Vertrages im Nachfolgetarif entscheiden. Die Eintrittspflicht beurteilt sich in diesem Fall allein nach dem Nachfolgetarifvertrag.

IV. Dauer des Versicherungsjahres

Das Versicherungsjahr dauert zwölf Monate. Es beginnt jeweils mit dem Datum (Tag und Monat), an dem der Versicherungsschutz begonnen hat. Dies ist im Versicherungsschein angegeben.

§ 6 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

I. Beitragsentwicklung mit Lebensalter

Der zu zahlende Beitrag steigt jährlich an und richtet sich nach dem von Ihnen als versicherte Person oder nach dem der in Ihrem Vertrag versicherten Person jeweils erreichten Lebensalter zu Beginn des ersten und jeden weiteren Versicherungsjahres. Im Versicherungsschein informieren wir Sie über den konkreten Beitrag ab Versicherungsbeginn sowie über den konkreten Beitrag ab jedem beginnenden darauffolgenden Versicherungsjahr.

Die Möglichkeit einer Beitragsanpassung (vgl. Abschnitt C § 9 (Seite 57)) bleibt unberührt.

II. Beitragszahlung und Versicherungsperiode

Die Beiträge können je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich bezahlt werden. Danach bestimmt sich die Dauer der Versicherungsperiode: Sie beträgt

- bei Monatsbeiträgen einen Monat
- bei Vierteljahresbeiträgen ein Vierteljahr
- bei Halbjahresbeiträgen ein Halbjahr und
- bei Jahresbeiträgen ein Jahr

§ 7 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung – Erstbeitrag

I. Fälligkeit der Zahlung

Wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten, müssen Sie den ersten Beitrag unverzüglich nach Ablauf von 14 Tagen bezahlen.

II. Späterer Beginn des Versicherungsschutzes

Wenn der erste Beitrag zu einem späteren Zeitpunkt bezahlt wird, beginnt der Versicherungsschutz erst ab diesem späteren Zeitpunkt. Darauf müssen wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein aufmerksam gemacht haben.

Wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben, beginnt der Versicherungsschutz zum vereinbarten Zeitpunkt.

III. Rücktritt

Wenn der erste Beitrag nicht rechtzeitig bezahlt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange der Beitrag nicht bezahlt ist. Wir können nicht zurücktreten, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben.

§ 8 Zahlung und Folgen verspäteter Zahlung – Folgebeitrag

I. Fälligkeit und Rechtzeitigkeit der Zahlung

Die Folgebeiträge werden zu dem jeweils vereinbarten Zeitpunkt fällig. Maßgeblicher Zeitpunkt ist der Eingang der Zahlung bei K&M.

II. Verzug

Wenn ein Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlt wird, geraten Sie in Verzug, auch ohne dass Sie eine Mahnung von uns erhalten haben. Dies gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht verschuldet haben. Bei Verzug sind wir berechtigt, Ersatz für den Schaden zu verlangen, der uns durch den Verzug entstanden ist.

III. Zahlungsfrist

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig bezahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

Unsere Zahlungsaufforderung ist nur wirksam, wenn sie folgende Informationen enthält:

- die ausstehenden Beträge, die Zinsen und die Kosten müssen im Einzelnen beziffert sein und
- die Rechtsfolgen müssen angegeben sein, die mit der Fristüberschreitung verbunden sind.

IV. Verlust des Versicherungsschutzes und Kündigung

Wenn Sie bis zum Ablauf der Zahlungsfrist den angemahnten Betrag nicht bezahlt haben,

- besteht ab diesem Zeitpunkt bis zum Eingang der Zahlung kein Versicherungsschutz,
- können wir den Vertrag kündigen, ohne eine Frist einzuhalten.

Wenn Sie nach unserer Kündigung innerhalb eines Monats den angemahnten Betrag bezahlen, besteht der Vertrag fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und Ihrer Zahlung eintreten, besteht jedoch unabhängig davon kein Versicherungsschutz.

V. Rechtzeitige Zahlung bei SEPA-Lastschriftmandat

Wenn wir die Einziehung Ihres Beitrags von einem Konto vereinbart haben, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn Ihr Beitrag zu dem Fälligkeitstag eingezogen werden kann und Sie der Einziehung nicht widersprechen.

Ihre Zahlung gilt auch als rechtzeitig, wenn der fällige Beitrag ohne Verschulden nicht eingezogen werden kann und nach einer Aufforderung in Textform unverzüglich gezahlt wird.

Wenn Sie es zu vertreten haben, dass der fällige Beitrag nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig eine andere Zahlungsweise zu verlangen.

Sie müssen allerdings erst dann zahlen, wenn wir Sie hierzu in Textform aufgefordert haben.

VI. Beitrag bei vorzeitiger Vertragsbeendigung

Bei vorzeitiger Beendigung Ihres Vertrags haben wir nur Anspruch auf den Teil des Beitrags, der dem Zeitraum des Versicherungsschutzes entspricht.

VII. Beitragsbefreiung bei der Versicherung von Kindern

Wenn Sie während der Versicherungsdauer sterben und

- Sie bei Versicherungsbeginn das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet hatten
- die Versicherung nicht gekündigt war und
- Ihr Tod nicht durch Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse verursacht wurde

gilt Folgendes:

Wir führen die Versicherung mit dem zu diesem Zeitpunkt geltenden Leistungsumfang bis zum Ablauf des Versicherungsjahres beitragsfrei weiter, in dem das versicherte Kind das 18. Lebensjahr vollendet.

Der gesetzliche Vertreter des Kindes wird neuer Versicherungsnehmer, wenn nichts anderes vereinbart ist.

§ 9 Beitragsanpassung

Unabhängig von der vereinbarten jährlichen Beitragsanpassung aufgrund des steigenden Lebensalters können wir erstmalig zum 01.01.2020 – danach alle drei Jahre – den Beitrag für bestehende Versicherungsverträge erhöhen oder werden ihn senken, wenn alle nachfolgenden Voraussetzungen vorliegen.

- Es ist eine nicht nur vorübergehende und nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber dem bei Vertragsschluss im Rahmen der zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen erwarteten Leistungsbedarf in wesentlichem Umfang (mindestens 10% Abweichung) eingetreten.
- Der neu bemessene Beitrag ist angemessen und erforderlich, um die dauerhafte Erfüllbarkeit unserer Leistungspflicht aus allen abgeschlossenen Versicherungsverträgen des Produktes „allsafe lavida – DIE Lebensstandardversicherung“ sicherzustellen.
- Ein unabhängiger Gutachter hat die Veränderung des Leistungsbedarfs sowie die Angemessenheit und Erforderlichkeit des neu bemessenen Beitrages bestätigt.

Wir werden Ihnen die Beitragsänderung in Textform unter Kenntlichmachung des Unterschieds zwischen altem und neuem Beitrag und unter Darlegung der für die Erhöhung bzw. Senkung maßgeblichen Gründe mitteilen und Sie über Ihr Kündigungsrecht belehren. Sie können Ihren Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang dieser Mitteilung mit Wirkung zum Zeitpunkt des Eintretens der Beitragsänderung kündigen. Die Beitragsänderung wird mit Beginn des zweiten Monats, der auf den Zugang unserer Mitteilung bei Ihnen folgt, wirksam.

§ 10 Wann kann die vereinbarte Rente ohne Gesundheitsprüfung erhöht werden?

I. Nachversicherungsgarantie

Die Nachversicherungsgarantie setzt voraus, dass Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person zum Zeitpunkt der Anpassung:

- nicht älter als 50 Jahre sind und
- noch keine Leistungen bezogen haben

und dass dieses Recht innerhalb von drei Monaten nach Eintritt eines der folgenden Ereignisse ausgeübt wird.

Sie können die versicherte monatliche Rente ohne erneute Gesundheitsprüfung zum jeweiligen Ablaufmonat bis zu 25%, insgesamt bis zu 500 EUR unter Beachtung des Abschnitt C § 10 II. (Seite 59) erhöhen, wenn Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person eine der nachfolgenden Voraussetzungen erfüllen:

- Heirat bzw. Eintragung nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz (LPartG), als Nachweis sind die entsprechenden Dokumente (z. B. Heiratsurkunde) einzureichen
- Geburt eines Kindes, als Nachweis ist die Geburtsurkunde einzureichen
- Adoption eines Kindes, als Nachweis ist der amtliche Adoptionsbeschluss einzureichen
- rechtskräftige Scheidung oder Aufhebung der Lebenspartnerschaft nach dem LPartG, der entsprechende Nachweis (zum Beispiel rechtskräftiges Urteil) ist einzureichen
- Erwerb von Eigentum an einer Immobilie zu Wohnzwecken im Wert von mindestens 50.000 EUR, als Nachweis ist ein amtlicher Grundbuchauszug einzureichen
- Erhöhung der Einkünfte aus nicht selbstständiger Arbeit um mindestens 15 % innerhalb eines Jahres. Die Erhöhung muss dauerhaft sein und darf sich nicht aus erfolgsabhängigen Gehaltsbestandteilen oder Einmalzahlungen ergeben. Die Erhöhung ist durch einen Gehaltsnachweis oder eine Bestätigung des Arbeitgebers zu belegen
- Aufnahme einer Finanzierung von mindestens 50.000 EUR im Rahmen einer selbstständigen Tätigkeit unter der Voraussetzung, dass Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person mit der selbstständigen Tätigkeit das hauptsächliche Erwerbseinkommen beziehen
- erstmaliger Abschluss einer in Deutschland anerkannten Berufsausbildung oder erstmaliger Abschluss eines Studiums an einer Universität oder Hochschule und Aufnahme einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit
- Abschluss der Meisterprüfung bzw. Abschluss der Prüfung zum gewerblichen Meister und Aufnahme einer entsprechenden beruflichen Tätigkeit
- erstmaliger Wegfall der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung
- Vollendung des 18. Lebensjahres

Sie haben ebenfalls das Recht ohne Eintritt eines der vorgenannten Ereignisse nach Ablauf von fünf Versicherungsjahren, vom Versicherungsbeginn an gerechnet, sofern Sie als versicherte Person oder die in Ihrem Vertrag versicherte Person ununterbrochen versichert waren und das 40. Lebensjahr nicht vollendet haben, die Nachversicherungsgarantie in Anspruch zu nehmen.

II. Begrenzung der Erhöhungen

In Ergänzung zu Abschnitt C § 10 I. gilt:

Sofern durch die Erhöhung der Höchstrentenbetrag überschritten werden würde, kann maximal nur auf diesen Höchstrentenbetrag von 3.000 EUR erhöht werden und alle Erhöhungen dürfen insgesamt nicht mehr als 50 % der ursprünglich versicherten monatlichen Rente betragen und sind maximal auf 1.000 EUR begrenzt.

III. Klauseln/Risikozuschläge

Sonstige bereits vertraglich vereinbarte Konditionen (z. B. Klauseln oder Risikozuschläge) finden auf die zusätzliche Absicherung ebenfalls Anwendung.

§ 11 Welche Erhöhungsmöglichkeiten können Sie zusätzlich vereinbaren?

Die Erhöhungsmöglichkeiten sind nur dann Vertragsbestandteil, wenn Sie diese ausdrücklich mit uns vereinbart haben und diese im Versicherungsschein dokumentiert sind.

I. Aktivdynamik

Die Rentenleistung wird gegen einen zusätzlichen Beitrag jährlich um den im Versicherungsschein vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Rente wird auf einen vollen Euro aufgerundet. Die Erhöhung gilt nicht für laufende Rentenzahlungen aufgrund eingetretener Leistungsfälle.

Für den Betrag, um den sich die Rente erhöht, wird nach dem diesem Vertrag zugrunde liegenden Tarif der zusätzliche Beitrag entsprechend berechnet. Bitte beachten Sie, dass dieser zusätzliche Beitrag noch nicht in den Beiträgen, die aufgrund des Lebensalters ansteigen (vgl. Abschnitt C § 6 I. (Seite 55)), enthalten ist und somit noch zusätzlich zu den im Versicherungsschein bereits ausgewiesenen Beiträgen zu entrichten ist.

1. Höhe der Aktivdynamik

Sie legen die Höhe der Aktivdynamik bei Antragstellung fest. Während der Vertragsdauer kann der vereinbarte Prozentsatz ohne erneute Gesundheitsprüfung nicht erhöht werden. Die Erhöhung der Rente erfolgt jeweils zum Beginn des Versicherungsjahres; erstmals zum Beginn des zweiten Versicherungsjahres. Wir werden Sie über die erhöhte Rente unterrichten und einen Nachtrag zum Versicherungsschein ausstellen.

2. Widerspruchsmöglichkeit

Die Erhöhung entfällt, wenn Sie ihr innerhalb von zwei Monaten, nachdem Ihnen unsere Information über die Erhöhung zugegangen ist, in Textform (z. B. E-Mail, Fax oder Brief) widersprechen. In diesem Fall werden wir Ihnen zu Beginn des folgenden Versicherungsjahres eine erneute Erhöhung der Rente anbieten.

3. Ende der Aktivdynamik

Die Vereinbarung über die Aktivdynamik endet, sofern Sie diese gekündigt haben oder, ohne dass es einer Kündigung bedarf, der Höchstrentenbetrag von 3.000 EUR erreicht ist, der in unseren zum Zeitpunkt der Dynamisierung maßgeblichen Annahmerichtlinien angegeben ist.

II. Passivdynamik

Wenn Sie eine Passivdynamik mitversichert haben und wir die vereinbarte Rente zahlen, erhöhen wir zur Hauptfälligkeit den für das jeweils vergangene Versicherungsjahr geltenden Monatsrentenbetrag um 1,5%, erstmals zur Hauptfälligkeit des zweiten auf den Rentenbeginn folgenden Versicherungsjahres. Der Betrag der Monatsrente wird dabei auf volle Euro aufgerundet.

§ 12 Welche Garantien bieten wir Ihnen?

I. Innovationsupdate

Werden die dem Vertrag zu Grunde liegenden Bedingungen ausschließlich zu Ihren Gunsten geändert oder ergänzt, ohne dass ein Beitragszuschlag erfolgt, so gelten sie mit sofortiger Wirkung auch für Ihren Vertrag.

II. Leistungsgarantie GDV-Musterbedingungen

Es wird garantiert, dass die vorliegenden Versicherungsbedingungen hinsichtlich des Leistungsumfanges des Versicherungsschutzes ausschließlich zu Ihrem Vorteil von den durch den Gesamtverband der Deutschen Versicherungswirtschaft (GDV) empfohlenen Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die Unfallversicherung (AUB) abweichen, bezogen auf die zum Vertragsabschluss vom GDV empfohlenen Bedingungen (AUB). Künftige Verbesserungen des Leistungsumfanges des Versicherungsschutzes der vom GDV empfohlenen Bedingungen (AUB), die über den Umfang der vorliegenden Bedingungen hinausgehen, gelten automatisch für diesen Vertrag.

Die Garantie gilt nur für den Leistungsfall Invalidität durch Unfall.

Die genannten ausgeschlossenen beruflichen Tätigkeiten, bleiben in jedem Fall ausgeschlossen und werden von der Leistungsgarantie nicht umfasst.

§ 13 Berechtigung Versichererwechsel

Die Konzept & Marketing GmbH ist berechtigt, das auf der Grundlage dieses Vertrages versicherte Risiko jederzeit durch Kündigung und Neuabschluss des Versicherungsvertrages bei einem anderen Versicherer in Deckung zu geben und/oder weitere Versicherer zu beteiligen. Macht die Konzept & Marketing GmbH von diesem Recht Gebrauch, so werden Sie unverzüglich darüber informiert, bei wem Sie von diesem Zeitpunkt an Ihre vertraglichen Rechte geltend machen können.

Ein solcher Versichererwechsel hat keine Auswirkung auf den vereinbarten Versicherungsschutz oder einen bereits bestehenden Anspruch aufgrund eines eingetretenen Leistungsfalls.

§ 14 Wie sind die Rechtsverhältnisse der am Vertrag beteiligten Personen zueinander?

I. Fremdversicherung

Die Ausübung der Rechte aus diesem Vertrag steht ausschließlich Ihnen zu. Das gilt auch, wenn die Versicherung gegen Unfälle oder Krankheiten abgeschlossen ist, die einem anderen zustoßen (Fremdversicherung).

Wir zahlen Leistungen aus dem Versicherungsvertrag auch dann nur an Sie aus, wenn der Leistungsfall nicht Sie, sondern eine andere versicherte Person betrifft.

Sie bzw. die in Ihrem Vertrag versicherte Person sind für die Erfüllung der Obliegenheiten verantwortlich.

II. Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller

Alle für Sie geltenden Bestimmungen sind auf Ihren Rechtsnachfolger und sonstige Anspruchsteller entsprechend anzuwenden.

III. Übertragung und Verpfändung von Ansprüchen

Die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag können vor Fälligkeit ohne unsere Zustimmung weder übertragen noch verpfändet werden.

IV. Empfangsvollmacht

Sie bevollmächtigen auf dem Antrag den Abschlussvermittler zur rechtsverbindlichen Entgegennahme Ihres Versicherungsscheines sowie etwaiger Mitteilungen.

§ 15 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat deren Verletzung?

I. Erläuterung vorvertragliche Anzeigepflicht

1. Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzuzeigen. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.
2. Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir
 - nach der Vertragserklärung
 - aber noch vor Vertragsannahmein Textform stellen.
3. Soll eine andere Person (versicherte Person) als Sie selbst versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
4. Wenn die versicherte Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen beantwortet und diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

II. Mögliche Folgen einer Anzeigepflichtverletzung

Eine Verletzung der Anzeigepflicht kann erhebliche Auswirkungen auf den Versicherungsschutz haben. Wir können in einem solchen Fall nach Maßgabe der nachstehenden Regelungen:

- vom Vertrag zurücktreten
- den Vertrag kündigen
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

Hierdurch können Sie z. B. auch den Versicherungsschutz für bereits eingetretene Versicherungsfälle verlieren.

1. Rücktritt

- a. Wird die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt, können wir vom Vertrag zurücktreten.
- b. Kein Rücktrittsrecht besteht, wenn
 - weder eine vorsätzliche
 - noch eine grob fahrlässigeAnzeigepflichtverletzung vorliegt.
- c. Auch wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- d. Im Fall des Rücktritts besteht rückwirkend ab Vertragsbeginn kein Versicherungsschutz.
- e. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht für diesen Versicherungsfall bestehen.
- f. Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der
 - weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls,
 - noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflichtursächlich war.
- g. Dies gilt jedoch nicht, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt wurde. In diesem Fall entfällt unsere Leistungspflicht.

2. Kündigung

- a. Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Im Fall der Kündigung besteht nach Ablauf der Frist kein Versicherungsschutz für zukünftige Leistungsfälle.
- b. Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

3. Vertragsänderung

- a. Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen hin rückwirkend Vertragsbestandteil.
- b. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.
- c. Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn:
 - wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.
- d. Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

III. Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

1. Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.
2. Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.
3. Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats in Schriftform 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.
4. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände angeben, wenn für diese die Monatsfrist noch nicht verstrichen ist.

5. Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

IV. Anfechtung

1. Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch eine arglistige Täuschung (z. B. bewusst unrichtige oder unvollständige Angaben, um die Annahme des Antrages nicht zu gefährden) beeinflusst worden ist.
2. Im Fall der Anfechtung steht uns der Teil des Beitrags zu, der bis zum Wirksamwerden der Anfechtungserklärung abgelaufenen Vertragszeit entspricht.

V. Erweiterung des Versicherungsschutzes

Die vorherigen Absätze gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

§ 16 Bedingungsanpassung

Diese Versicherungsbedingungen können wir auch nachträglich

- bei Änderungen von Gesetzen, auf denen die betroffenen Bestimmungen beruhen oder
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffende Änderungen der höchstrichterlichen Rechtsprechung oder
- bei unmittelbar den Versicherungsvertrag betreffenden Änderungen der Verwaltungspraxis der deutschen Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht

durch neue Regelungen ersetzen, wenn:

- die Änderung der Versicherungsbedingungen zur Fortführung des Versicherungsvertrages notwendig ist oder
- 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 unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Die neue Regelung wird zwei Wochen, nachdem Ihnen diese und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

§ 17 Was gilt bei Änderung Ihrer Anschrift?

Änderungen Ihrer Anschrift müssen Sie K&M mitteilen. Wenn Sie dies unterlassen und wir gegenüber Ihnen eine Willenserklärung abgeben wollen, gilt Folgendes:

Die Erklärung gilt drei Tage nach der Absendung als zugegangen, wenn wir sie per Einschreiben an die letzte uns bekannte Anschrift geschickt haben. Das gilt auch, wenn Sie K&M eine Änderung Ihres Namens nicht mitteilen.

§ 18 Wann sind Erklärungen und Mitteilungen wirksam?

Ihre Erklärungen und Mitteilungen, die den Leistungsfall betreffen, werden uns gegenüber erst wirksam, wenn sie in Textform erfolgen und K&M zugegangen sind.

§ 19 Wann verjähren die Ansprüche aus Ihrem Vertrag?

I. Gesetzliche Verjährung

Die Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag verjähren in drei Jahren. Die Fristberechnung richtet sich nach den allgemeinen Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches.

II. Hemmung der Verjährung

Haben Sie einen Anspruch aus dem Versicherungsvertrag bei uns geltend gemacht, ist die Verjährung von dem Zeitpunkt der Geltendmachung bis zu dem Zeitpunkt, zu dem unsere Entscheidung Ihnen in Textform zugeht, gehemmt. Das bedeutet, dass der Zeitraum, während dessen die Verjährung gehemmt ist, in die Verjährungsfrist nicht eingerechnet wird.

§ 20 Welches Gericht ist zuständig?

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns sind folgende Gerichte zuständig:

- das Gericht am Sitz unseres Unternehmens oder unserer Niederlassung, die für diesen Vertrag zuständig ist
- das Gericht Ihres Wohnortes oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, am Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes.

Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie ist das Gericht Ihres Wohnortes oder, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig.

§ 21 Welches Recht findet Anwendung?

Für diesen Vertrag gilt deutsches Recht.

Erläuterungen

Die nachfolgenden Definitionen für die in den Bedingungen zu allsafe lavida – DIE Lebensstandardversicherung gekennzeichneten medizinischen Fachbegriffe sollen dazu dienen, Ihnen diese in verständlicher Form zu erläutern.

Die Definitionen sind nicht Teil der Versicherungsbedingungen im rechtlichen Sinne!

I. Aszites im Ultraschall

Der Aszites, umgangssprachlich auch Bauchwassersucht, ist eine pathologische (krankhafte) Flüssigkeitsansammlung in der freien Bauchhöhle. Bei gesunden Personen finden sich nur sehr geringe Spuren von Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle. Bei vielen Krankheiten dagegen lässt sich vermehrt Flüssigkeit in der freien Bauchhöhle nachweisen.

II. Bodyplethysmographie

Die Ganzkörperplethysmographie ist eine Lungenfunktionsuntersuchung, die eine graphische Darstellung gemessener Umfangsveränderungen des Körpers liefert. Die Ganzkörperplethysmographie bestimmt in einem Messvorgang den Atemwiderstand und das im Brustraum befindliche Gasvolumen. Der Patient sitzt während der Messung in einer luftdicht geschlossenen Kabine, in der sich der Druck beim Ein- und Ausatmen ändert. Auf diese Weise lässt sich auch das gesamte Gasvolumen im Brustkorb, die totale Lungenkapazität, ermitteln. Mit der beschriebenen Methode wird die Atemgeschwindigkeit und die maximale Menge der Luft, die ein- und ausgeatmet werden kann, gemessen.

III. Emphysem

Als Lungenemphysem wird die Überblähung des Lungengewebes bezeichnet. Es geht mit einem Elastizitätsverlust der Lunge in Teilen oder ihrer Gesamtheit einher.

Man unterscheidet das plötzliche (akute), heilbare Lungenemphysem beim Asthmaanfall und das chronische Emphysem, das meist als Folge einer chronischen Bronchitis bei Rauchern ab dem 50. Lebensjahr auftritt. Sehr selten handelt es sich um einen angeborenen Enzymdefekt, der bei Patienten unter 40 Jahren zum Emphysem führt. Daneben gibt es aber auch berufsbedingte Ursachen. So können Staubbelastungen, eine Reihe von chemischen Substanzen und Druckbelastungen zu einem Emphysem führen. Zumindest bei Fremdkörperreaktion (Stäube) und den direkten Reiz (chemische Substanzen) geht der Entstehung eines Emphysems eine chronische Bronchitis voraus. Bei Druckbelastungen der Lunge werden Lungenbläschen überdehnt, bis sie platzen und ein Emphysem entsteht.

IV. Ejektionsfraktion

Die Ejektionsfraktion ist ein Maß für die Herzfunktion. Sie bezeichnet den Anteil des vom Herzen bei einer Kontraktion ausgeworfenen Blutes, also das Schlagvolumen, im Verhältnis zum Gesamtblutvolumen der Herzkammer.

V. Fractional Shortening

Fractional Shortening bezeichnet die Verkürzung des Herzens während des Pumpvorganges. Berechnet wird sie aus dem niedrigsten (systolischen) und dem höchsten (diastolischen) Durchmesser der linken Herzkammer und als relativer Wert angegeben. Dieser Quotient beträgt normalerweise 35-40%.

VI. Gefäßsklerose (Arteriosklerose)

Arteriosklerose (arteria – Gefäß, sklerose – Verhärtung), im allgemeinen Sprachgebrauch auch „Arterienverkalkung“ genannt, ist eine krankhafte Veränderung der Arterien (Schlagadern). Diese sind durch eine Verhärtung, Verdickung und Minderung der Elastizität der Gefäßwände sowie eine Verengung des lichten Gefäßquerschnitts gekennzeichnet.

In Deutschland ist Arteriosklerose die Volkskrankheit Nummer eins, sowie die Hauptursache für Herzinfarkt, Schlaganfall und Durchblutungsstörungen. Während des Krankheitsverlaufs lagern sich Fett, Kalk und Bindegewebsbestandteile in der Gefäßwand ein und stören den Blutkreislauf. Die Arteriosklerose und ihre Folgeerkrankungen sind die führende Todesursache in den westlichen Industrienationen, noch vor Krebserkrankungen.

VII. Glomeruläre Filtrationsrate

Die Glomeruläre Filtrationsrate (GFR) gibt das Gesamtvolumen des Primärharns an, das von allen Nierenkörperchen beider Nieren zusammen, in einer definierten Zeiteinheit, gefiltert wird. Dies sind bei einem Menschen mit normalen Blutdruckwerten ca. 120 Milliliter pro Minute beziehungsweise circa 170 Liter pro Tag. Die GFR sinkt physiologisch mit zunehmendem Alter oder pathologisch bei Nierenerkrankungen verschiedener Art.

Die GFR ist für die Abschätzung der Nierenfunktion die wichtigste Größe. Die GFR wird im klinischen Alltag durch die Ermittlung der Kreatininclearance näherungsweise ermittelt.

VIII. Herzinsuffizienz

Eine Herzinsuffizienz liegt vor, wenn das Herz infolge einer verminderten Pumpleistung unfähig ist, das vom Organismus benötigte Herzzeitvolumen bereit zu stellen.

IX. Histologie

Während sich die Anatomie mit dem Aufbau des Körpers beschäftigt, beschreibt die Histologie den Aufbau von Geweben, wie er sich unter dem Mikroskop darstellt. Sowohl durch Operation entnommene krankhafte Gewebe (z.B. Tumoren) als auch durch Punktionen gewonnene Gewebeproben (Biopsien) können durch die mikroskopische Untersuchung oft eine sehr genaue Diagnose-Stellung ermöglichen.

X. INR-Wert

Die International Normalized Ratio ist ein weltweit in Laboratorien standardisiertes Verfahren zur Prüfung des extrinsischen Systems der Blutgerinnung.

XI. Klassifikation bei Varizen (Krampfadern in der Speiseröhre) nach Paquet und Oberhammer

Varizengrade und die Bedingungen:

Varizengrad I:

- Varizen wenig prominent, gestreckt, ektatisch
- Varizen bei Luftinsufflation kollabierbar, keine „red signs“

Varizengrad II:

- Einzelne Varizen, Ösophaguslumen wenig einengend
- Kräftiger Schleimhautüberzug, keine „red signs“

Varizengrad III:

- Das Ösophaguslumen deutlich einengende Varizen
- Varizen geschlängelt, geringe Epithelveränderungen

Varizengrad IV:

- Varizen dünnwandig, sehr kräftig
- Das Ösophaguslumen fast vollständig verlegend
- Sicht nur unter kräftiger Luftinsufflation
- Epithelverdünnung, „red signs“

XII. Kreatinin-Clearance-Wert

Die Kreatinin-Clearance ist ein Wert, der Auskunft über die Filtrationsleistung der Nieren gibt. Kreatinin entsteht beim Abbau von Kreatin – einer Substanz in den Muskeln, die für die Muskelkontraktion benötigt wird. Das Abbauprodukt Kreatinin wird über die Nieren ausgeschieden. Da es ziemlich konstant aus den Muskeln freigesetzt und weitgehend über die Nieren filtriert wird, ist sein Wert geeignet, um die Nierenfunktion abzuschätzen. Sind die Nieren gesund, können sie eine bestimmte Menge Kreatinin in einer bestimmten Zeit aus dem Blut entfernen. Funktionieren die Organe nicht mehr richtig, können sie weniger Kreatinin entfernen. „Clearance“ bedeutet das Plasmavolumen, welches in bestimmter Zeit von einem bestimmten Stoff gereinigt wird. Bei Kreatinin-Clearance also von Kreatinin.

XIII. Lymphatisches System

Das Lymphatische System oder Lymphsystem (Lymphe = Körperwasser) ist ein Teil des Abwehrsystems (Immunsystem) der Wirbeltiere gegen Krankheitserreger, Fremdpartikel und krankhaft veränderte Körperbestandteile (z. B. Tumorzellen). Es gliedert sich in die lymphatischen Organe und das Lymphgefäßsystem. Das Lymphgefäßsystem hat neben der Funktion im Abwehrsystem auch eine Bedeutung beim Flüssigkeitstransport und steht in enger Beziehung zum Blutkreislauf.

XIV. Lymphome

Lymphom ist ein Sammelbegriff für Lymphknotenvergrößerungen beziehungsweise Lymphknotenschwellungen und Tumoren des Lymphgewebes, gleichgültig ob gutartig oder bösartig.

Tumore des lymphatischen Systems werden als Lymphome bezeichnet, was darauf hindeutet, dass diese Erkrankungen von den lymphatischen Organen wie Lymphknoten und Milz oder den lymphatischen Zellen (T- und B-Zellen) ausgehen. Die Bezeichnung Lymphom sagt noch nichts über die Schwere oder Bedrohlichkeit der Erkrankung aus.

XV. Morbus Hodgkin

Hierbei handelt es sich um eine Krebserkrankung, bei der sich bösartige Tumore (Malignes Lymphom) in den Lymphknoten bilden, weswegen man auch von Lymphknotenkrebs, Lymphdrüsenkrebs oder Lymphogranulomatose spricht.

XVI. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose oder kurz MS ist eine chronisch entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems – also von Gehirn und Rückenmark.

Multiple Sklerose kann sich durch vielfältige Symptome äußern, die auch bei anderen Krankheiten auftreten können, z. B.:

- Sehstörungen
- Gefühlsstörungen der Haut
- Nervenschmerzen
- Muskellähmungen

XVII. Rezidiv

Ein Rezidiv bei der Behandlung von Krebs liegt vor, wenn nach vorhergegangener allem Anschein nach vollständiger Entfernung aller Krebszellen erneut ein dem Ersttumor feingeweblich gleichartiges Krebsgeschwulst auftritt. Dies kann an gleicher Stelle (Lokalrezidiv) oder an einer anderen Körperstelle gelegen sein (Metastase).

XVIII. Sauerstoffpartialdruck

Der Sauerstoffpartialdruck entspricht dem Anteil des Sauerstoffs am Gesamtdruck innerhalb eines Gasgemisches.

XIX. Serokonversion

Serokonversion ist der medizinische Fachausdruck für das Entwickeln von spezifischen Antikörpern gegen Antigene eines Fremdkörpers im Rahmen einer Infektion oder einer Impfung. Es handelt sich dabei um die serologische Antwort des Immunsystems. Angewendet wird dieser Test beispielsweise bei der Diagnose von HIV.

XX. Serum-Albumin

Serum-Albumin ist ein Laborwert der klinischen Chemie, der die Konzentration des Plasmaproteins Albumin im Blutserum misst.

XXI. Serum-Bilirubin

Das Bilirubin (lateinisch bilis „Galle“ und ruber „rot“) ist ein gelbes Abbauprodukt des Häm-Anteils des roten Blutfarbstoffes Hämoglobin und damit ein Gallenfarbstoff.

XXII. TNM classification of malignant tumours, seventh edition

Die TNM-Klassifikation ist eine Facettenklassifikation aus der Medizin, die der Stadieneinteilung von malignen Tumoren (Krebserkrankungen) dient.

XXIII. Vitalkapazität (VK)

Die Vitalkapazität ist eine gemessene Kenngröße der Lungenfunktionsdiagnostik. Sie bezeichnet das Lungenvolumen zwischen maximaler Einatmung (Inspiration) und maximaler Ausatmung (Expiration).



**Konzept und
Marketing Gruppe**

Podbielskistraße 333
30659 Hannover

Telefon: 05 11 - 640 54 0
Telefax: 05 11 - 640 54 444
E-Mail: info@k-m.info
Internet: www.k-m.info

Versicherer:

VHV Allgemeine Versicherung AG
VHV-Platz 1
30177 Hannover