

**VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR ZUSATZ-VERSICHERUNG AUF SCHWERE ERKRANKUNGEN MIT KAPITALLEISTUNG****Inhaltsverzeichnis**

§ 1	Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall
§ 2	Pflichten des Versicherungsnehmers
§ 3	Versicherte schwere Krankheiten und Operationen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen
§ 4	Nachweis des Eintrittes eines versicherten Ereignisses
§ 5	Umfang des Versicherungsschutzes
§ 6	Beginn des Versicherungsschutzes
§ 7	Abänderung der Versicherungsbedingungen
§ 8	Berechnung der Prämie
§ 9	Erhöhung der Prämie
§ 10	Verhältnis zur Hauptversicherung
Anhang	Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz

**§ 1 Leistungen des Versicherers im Versicherungsfall**

1. Grundsätzlich liegt ein Versicherungsfall im Sinne dieser Bedingungen vor, wenn bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer und während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes dieser Zusatzversicherung eine der unter § 3 genannten und definierten schweren Krankheiten diagnostiziert wird oder eine in § 3 definierte Operation medizinisch notwendig ist, diese eine medizinisch übliche Behandlungsmethode für die zugrundeliegende Erkrankung darstellt und die Operation durchgeführt wurde. Unsere Leistungspflicht entsteht nur dann, wenn neben der Definition des jeweils versicherten Ereignisses alle dazu in diesen Bedingungen festgelegten zusätzlichen Bestimmungen und Anforderungen erfüllt sind.
2. Im Versicherungsfall leisten wir die für diese Zusatzversicherung vereinbarte Versicherungssumme in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung. Mit Auszahlung der einmaligen Kapitalleistung endet die gegenständliche Zusatzversicherung (ohne Auswirkung auf die Leistung aus der Hauptversicherung).
3. Die Versicherungsleistung wird nur dann fällig, wenn der Versicherungsfall während der Versicherungsdauer und während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes dieser Zusatzversicherung eingetreten ist, die Diagnose als gesichert im Sinne dieser Bedingungen gilt und die versicherte Person den 29. Tag nach Eintritt des Versicherungsfalles erlebt.
4. Falls gleichzeitig mehrere Versicherungsfälle eintreten, ist die Leistung mit der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

**§ 2 Pflichten des Versicherungsnehmers**

1. Sie sind verpflichtet den Antrag und die damit verbundenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig auszufüllen bzw. zu beantworten. Wenn das Leben einer anderen Person versichert werden soll, ist auch diese für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung aller Fragen verantwortlich.
2. Werden Fragen schuldhaft unrichtig oder unvollständig beantwortet, können wir innerhalb von drei Jahren seit Abschluss, Wiederherstellung oder Änderung des Vertrages zurücktreten. Tritt der Versicherungsfall innerhalb dieser drei Jahre ein, können wir auch noch nach Ablauf dieser Frist zurücktreten. Wir können den Rücktritt nur innerhalb eines Monats ab Kenntnis der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben erklären. Wir können nicht vom Vertrag zurücktreten, wenn wir von der Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit der Angaben Kenntnis hatten oder der verschwiegene Umstand keinen Einfluss auf den Eintritt des Versicherungsfalles hatte. Bei arglistiger Täuschung können wir den Vertrag auch nach der Dreijahresfrist über die gesamte Vertragsdauer anfechten. Wenn wir den Vertrag anfechten oder vom Vertrag zurücktreten leisten wir den Rückkaufswert. Schuldhaft unrichtige oder unvollständige Angaben können darüber hinaus nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen zum Verlust des Versicherungsschutzes führen, sodass wir im Versicherungsfall nur den Rückkaufswert leisten.
3. An Ihren Antrag sind Sie sechs Wochen ab Antragstellung gebunden. Tritt zwischen der Antragstellung und der Annahme des Antrages eine Erhöhung der Gefahr ein, so hat der Versicherungsnehmer, sobald er von der Gefahrenerhöhung Kenntnis erlangt, diese dem Versicherer unverzüglich zur Anzeige zu bringen. Als Erhöhung der Gefahr gilt insbesondere eine erhebliche Erkrankung oder Verletzung der zu versichernden Person.
4. Sie sind verpflichtet, die vereinbarten Versicherungsprämien an uns kostenfrei und rechtzeitig zu bezahlen.
5. Laufende Prämien sind Jahresprämien. Sie können nach Vereinbarung auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten bezahlt werden, dann jedoch mit Zuschlägen (in Höhe von höchstens 3 % der Prämie). Im Versicherungsfall (§ 1) werden die offenen Raten des laufenden Versicherungsjahres und etwaige Prämienrückstände in Abzug gebracht.
6. Die erste oder einmalige Prämie wird mit Zustellung der Versicherungspolizze, nicht aber vor Versicherungsbeginn fällig und ist sodann innerhalb von zwei Wochen zu bezahlen. Folgeprämien sind innerhalb eines Monats, bei monatlicher Prämienzahlung innerhalb von zwei Wochen, jeweils ab dem in der Versicherungspolizze angegebenen Fälligkeitstag zu bezahlen.
7. Wenn Sie die erste oder eine einmalige Prämie nicht rechtzeitig bezahlen, sind wir leistungsfrei und können vom Vertrag zurücktreten, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Es gilt als Rücktritt unsererseits, wenn wir die erste oder einmalige Prämie nicht innerhalb von drei Monaten vom Fälligkeitstag an gerichtlich geltend machen. Bei einem Rücktritt sind die Kosten der ärztlichen Untersuchung von Ihnen zu bezahlen.
8. Wenn Sie eine Folgeprämie nicht rechtzeitig bezahlen, erhalten Sie eine schriftliche Mahnung. Bezahlen Sie den Rückstand nicht innerhalb der in der Mahnung festgesetzten Frist von mindestens zwei Wochen, können wir den Vertrag zum Ablauf der festgesetzten Frist kündigen, es sei denn Sie waren an der rechtzeitigen Zahlung ohne Verschulden verhindert. Im Falle unserer Kündigung entfällt

**Fragen zu Vertrag, Schaden, Zahlung?**

TIROLER Kundenservice  
Tel. 050 30 8000  
service@tiroler.at

TIROLER VERSICHERUNG V.a.G.  
Wilhelm-Greil-Straße 10  
A-6020 Innsbruck

Tel. 0512-5313-0  
Fax 0512 5313-1299  
mail@tiroler.at | www.tiroler.at

Landesgericht Innsbruck  
FN 32927 Y  
ATU 317 26 905

oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz auf die prämienfreie Versicherungssumme.

9. Im übrigen gelten die §§ 38 und 39 VersVG.

### **§ 3 Versicherte schwere Krankheiten und Operationen im Sinne dieser Versicherungsbedingungen**

Im Folgenden werden die versicherten schweren Krankheiten und Operationen definiert und zusätzliche leistungsrelevante Bestimmungen und Anforderungen festgelegt.

Für das Entstehen unserer Leistungspflicht gilt ferner folgende zusätzliche Bedingung:

- a) Für die versicherten Ereignisse gilt jeweils eine Wartezeit von drei Monaten nach Beginn des Versicherungsschutzes als vereinbart. Erst nach Ablauf dieser Wartezeit besteht Versicherungsschutz im Falle einer Neuerkrankung oder einer Operation.
- b) Bei Erhöhung des Versicherungsschutzes gelten für die versicherten Ereignisse dieselben Bedingungen für Wartezeiten für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

#### **1. Herzinfarkt**

1.1 Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen.

1.2 Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Auftreten der typischen pectanginösen Schmerzen,
- b) Frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien,
- c) Für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern,
- d) Nachweis einer Reduzierung der Funktion der linken Herzkammer durch den Herzinfarkt. Diese Reduzierung der Funktion muss z. B. durch eine verminderte Ejektionsfraktion, eine schwere Hypokinesie oder durch Abnormalitäten der Herzwandbewegung nachgewiesen werden.

#### **2. Schlaganfall**

2.1 Ein Schlaganfall im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Hirngewebe, verursacht durch eine Durchblutungsstörung des Gehirns infolge eines Hirninfarkts oder einer intrakraniellen oder subarachnoidalen Blutung.

2.2 Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- a) Das Vorliegen eines Schlaganfalles muss durch CT, MRI oder andere bildgebende Verfahren nachgewiesen werden.
- b) Der Schlaganfall muss zu einem neurologischen Defizit führen, das mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
  - i. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (wie z. B. einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen.
  - ii. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen oder muss dauerhaft und irreversibel parenteral ernährt werden.
  - iii. Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
  - iv. Vollständiger dauerhafter und irreversibler Funktionsverlust einer kompletten Gliedmaße in seiner Gesamtheit. Komplette Gliedmaße ist definiert als Arm einschließlich der Hand oder Bein einschließlich des Fußes. Der Funktionsverlust muss neurologisch nachgewiesen werden.
- c) Die Beurteilung, ob die unter b) aufgeführten Bedingungen an das neurologische Defizit erfüllt sind, darf frühestens 3 Monate nach dem Schlaganfall erfolgen.

#### **3. Bypass-Operation der Koronararterien**

3.1 Eine Bypass-Operation der Koronararterien im Sinne dieser Bedingungen ist die Durchführung einer Operation an den Koronararterien unter Eröffnung des Brustraumes mit operativer Korrektur von zwei oder mehr Gefäßabschnitten zur Behebung einer nachgewiesenen Verengung oder eines Verschlusses von Herzkranzgefäßen. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.

#### **4. Operation der Aorta**

4.1 Operation der Aorta im Sinne dieser Bedingungen ist eine Operation mit Eröffnung des Brust- oder Bauchraumes zur operativen Korrektur oder zum teilweisen Ersatz der Aorta aufgrund eines Aortenaneurysmas, einer Verengung der Aorta oder einer traumatischen Aortenruptur. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei einer Operation der Aorta ist, dass

- a) die Operation bereits durchgeführt wurde und
- b) die Wartezeit nach Abs. 4.2 abgelaufen ist.

4.2 Für den Versicherungsschutz für eine Operation der Aorta besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut. Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

4.3 Operationen an von der Bauch- oder Brusttaorta abgehenden Gefäßen werden nicht vom Versicherungsschutz erfasst

5. Operation der Herzklappen

- 5.1 Operation der Herzklappen im Sinne dieser Bedingungen ist eine Operation am offenen Herzen mit Eröffnung des Brustraumes zur operativen Korrektur oder zum Ersatz von einer oder mehreren Herzklappen.  
Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei einer Operation der Herzklappen ist, dass
- die Operation bereits durchgeführt wurde und
  - die Wartezeit nach Abs. 5.2 abgelaufen ist.
- 5.2 Für den Versicherungsschutz für eine Operation der Herzklappen besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn die Operation innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes durchgeführt wird.  
Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
6. Krebs
- 6.1 Krebs im Sinne dieser Bedingungen ist ein histologisch nachgewiesener bösartiger Tumor, der durch unkontrolliertes Wachstum sowie das Eindringen in anderes Gewebe mit Tendenz zur Metastasenbildung gekennzeichnet ist. Unter den Begriff 'Krebs' fallen auch die Tumorformen des Blutes, der blutbildenden Organe und des Lymphsystems einschließlich Leukämie, Lymphome und Morbus Hodgkin. Die Diagnose muss durch Vorlage des histologischen - bzw. für Leukämien und Lymphome zytologischen - Befundes bestätigt sein.
- 6.2 Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
- Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation)
  - Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
  - Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
  - Carcinoma-in-situ (einschließlich Zervixdysplasie der CIN-Klassifikationen CIN-1, CIN-2 und CIN-3 und der PAP-Klassifikationen PAP-1 bis PAP-4) oder prae-maligne Formen.
  - Hautkrebs und Melanome, die ein histologisch nachgewiesenes Tumorstadium I oder II der TNM Klassifikation oder eine Eindringtiefe von weniger als 1,5 Millimetern nach der Breslow- Methode haben. Liegt aber eine Fernmetastasenbildung vor, so werden wir leisten.
  - Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.
  - Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
  - Papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase.
- 6.3 Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder
  - eine Diagnose von Krebs innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
7. Organtransplantation
- 7.1 Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse oder Niere von einem Spender auf einen Empfänger, welcher die versicherte Person ist, wobei jeweils das vollständige Organ bzw. bei der Leber mindestens ein vollständiger Leberlappen transplantiert wird.  
Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei einer Organtransplantation ist, dass die Operation bereits durchgeführt wurde.
8. Parkinson'sche Krankheit
- 8.1 Die Parkinson'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine langsam fortschreitende degenerative Erkrankung des Zentralnervensystems, die zu einer Degeneration von Nervenzellen in einem Gebiet des Gehirns führt, welche die Absenkung der Dopaminlevel in Teilen des Gehirns zur Folge hat.
- 8.2 Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
- Mögliche Differentialdiagnosen müssen explizit ausgeschlossen worden sein.
  - Die Symptome sind fortschreitend.
  - Die Erkrankung ist medikamentös nicht auszustellen.
  - Falls sich die versicherte Person in medizinisch technischer Behandlung befindet, so darf die Erkrankung während oder nach der Behandlung nicht ausreichend einstellbar sein.
  - Falls sich die versicherte Person einer Operation zur Behandlung der Parkinson'schen Krankheit unterzogen hat, so darf die Erkrankung nach dieser Operation nicht ausreichend einstellbar sein.
  - Die Parkinson'sche Krankheit führt zu einem neurologischen Defizit der versicherten Person und es liegt eine neurologisch nachgewiesene Gehbehinderung vor, die typisch für die Parkinson'sche Krankheit ist
9. Morbus Crohn
- 9.1 Morbus Crohn im Sinne dieser Bedingungen ist eine chronische, granulomatöse Entzündung des Darmtraktes, die vorwiegend im Dünndarmbereich auftritt und mit schleimigen Diarrhöen verbunden ist. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Morbus Crohn ist,
- dass die Erkrankung nachweisbar zur Bildung von Darmfisteln geführt hat und
  - die Erkrankung zu einem Dünndarmverschluss, einer Darmperforation, einem künstlichen Darmausgang oder einer sekundären Amyloidose geführt hat und

- c) die Diagnose der Erkrankung durch histopathologische Befunde bestätigt wird.
- 10. Koma
- 10.1 Koma im Sinne dieser Bedingungen ist eine maximale Bewusstseinsstörung ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.
- 10.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Koma ist, dass
  - a) der Zustand für einen Zeitraum von mindestens 96 Stunden andauert und während dieser Zeit eine künstliche Beatmung erfordert und
  - b) - sofern es sich um ein künstliches Koma handelt - dies aufgrund medizinischer Indikation erfolgt.
- 10.3 Wir leisten ebenfalls, wenn die versicherte Person für einen Zeitraum von mindestens zwei Monaten ein Koma ohne künstliche Beatmung hat.
- 11. Chronisches Nierenversagen
- 11.1 Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im Endstadium, das eine Dauerdialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich macht.
- 11.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von chronischem Nierenversagen ist der Beginn der Dauerdialysebehandlung bzw. eine erfolgte Nierentransplantation.
- 12. Lähmung
- 12.1 Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige und dauerhafte Unbeweglichkeit beider Arme, beider Beine oder eines Armes und eines Beines aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.
- 13. Blindheit
- 13.1 Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, unumkehrbare, weitgehende Verlust der Sehschärfe aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.
- 13.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Blindheit ist, dass
  - a) die Sehschärfe auf dem besseren Auge unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln weniger als 0,05 beträgt oder das Sehfeld je Auge auf weniger als 10° beschränkt ist und
  - b) nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch eine Behandlung, ein Implantat oder andere Hilfsmittel nicht derart verbessert werden kann, dass die Sehschärfe auf einem Auge mindestens 0,05 und das Sehfeld auf einem Auge mindestens 10° betragen würde.
- 14. Taubheit
- 14.1 Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der unumkehrbare Verlust der Hörfähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.
- 14.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Taubheit ist, dass nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit nicht durch eine Behandlung, ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden können.
- 15. Verbrennung dritten Grades
- 15.1 Verbrennungen dritten Grades im Sinne dieser Bedingungen sind durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstandene Verbrennungen dritten Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche, wobei die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder und alternativ die "Neuner Regel" (jeweils Stand 2016) als Messkriterium gelten.
- 16. Chronisches Leberversagen
- 16.1 Chronisches Leberversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein Leberversagen im Endstadium. Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von chronischem Leberversagen ist, dass durch das Leberversagen
  - a) eine Aszites vorliegt und
  - b) der Serum-Albumin-Wert  $\leq 3,5$  g/dl (35 g/Liter) ist und
  - c) der INR (International Normalised Ratio, Stand 2016)  $> 2,2$  ist.
- 16.2 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist Leberversagen, das auf Alkohol- oder Drogenmissbrauch zurückzuführen ist.
- 17. Schwere Sehbeeinträchtigung
- 17.1 Schwere Sehbeeinträchtigung im Sinne dieser Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, unumkehrbare, weitgehende Verlust der Sehschärfe aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.
- 17.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer schweren Sehbeeinträchtigung ist, dass
  - a) die Sehschärfe auf dem besseren Auge unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln weniger als 0,1 beträgt oder das Sehfeld je Auge auf weniger als 20° beschränkt ist und
  - b) nach allgemeiner medizinischer Meinung die Sehschärfe oder das Sehfeld durch eine Behandlung, ein Implantat oder andere Hilfsmittel nicht derart verbessert werden kann, dass die Sehschärfe auf einem Auge mindestens 0,1 und das Sehfeld auf einem Auge mindestens 20° betragen würde.
- 18. Verlust der Sprache
- 18.1 Verlust der Sprache im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und unumkehrbare Verlust des Sprechvermögens aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls.
- 18.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines Verlusts der Sprache ist, dass
  - a) der Verlust über einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens zwölf Monaten besteht und

- b) nach allgemeiner medizinischer Meinung nicht durch eine Behandlung, ein Implantat oder andere Hilfsmittel das Sprechvermögen ganz oder teilweise wieder hergestellt werden kann und
  - c) kein Fall vorliegt, der gemäß Abs. 18.3 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist.
- 18.3 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen der Verlust der Sprache auf psychischen Ursachen beruht.
19. Multiple Sklerose
- 19.1 Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark.
- 19.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen von Multipler Sklerose ist, dass
- a) mindestens ein typischer Entmarkungsherd im Gehirn oder Rückenmark mittels CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder anderer entsprechender bildgebender Verfahren nachgewiesen wird und
  - b) eine durch diese Entmarkungsherde erklärbare neurologische Einschränkung besteht, die einem Wert von mindestens 4,5 in der EDSS (Expanded Disability Status Scale, Stand 2016) entspricht, und
  - c) das Vorliegen von a) und b) durch einen Neurologen bestätigt wird und
  - d) die Wartezeit nach Abs. 19.3 abgelaufen ist.
- 19.3 Für den Versicherungsschutz für Multiple Sklerose besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
  - b) eine Diagnose von Multipler Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- 19.4 Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
20. Motoneuronerkrankungen (einschließlich ALS)
- 20.1 Motoneuronerkrankungen im Sinne dieser Bedingungen sind eine Gruppe von Erkrankungen, die durch die fortschreitende Degeneration von Nervenzellen für Muskelbewegungen gekennzeichnet sind. Diese Erkrankungen umfassen spinale muskuläre Atrophien, progressive Lähmungen der Hirnnerven, amyotrophe Lateralsklerose (ALS), Pseudobulbärparalyse und primäre Nervendegeneration.
- 20.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen einer Motoneuronerkrankung ist, dass
- a) die Erkrankung zu neurologischen Defiziten geführt hat, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge hat:
    - i. Die versicherte Person ist dauerhaft und unumkehrbar nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel (z.B. Gehhilfe) eine Entfernung von 200 Metern über einen ebenen Boden gehend zurück zu legen, ohne anzuhalten oder sich setzen zu müssen.
    - ii. Die versicherte Person ist dauerhaft und unumkehrbar nicht in der Lage - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße -, ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke und
  - b) die Wartezeit nach Abs. 20.3 abgelaufen ist.
- 20.3 Für den Versicherungsschutz für Motoneuronerkrankungen besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
  - b) eine Diagnose einer Motoneuronerkrankung innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- 20.4 Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.
21. Benigner Gehirntumor
- 21.1 Benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist eine nicht bösartige, aber lebensbedrohliche Neubildung von Gewebe im Gehirn.
- 21.2 Voraussetzung für unsere Leistungspflicht bei Vorliegen eines benignen Gehirntumors ist, dass
- a) das Vorliegen eines Tumors durch CT (Computertomographie), MRT (Magnetresonanztomographie) oder andere entsprechende bildgebende Verfahren nachgewiesen wird und
  - b) schwere Folgen des Tumors, wie zum Beispiel Erhöhung des Hirndrucks, Neuauftreten von epileptischen Anfällen oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen, objektiv nachgewiesen werden und
  - c) zusätzlich entweder:
    - i. der Tumor durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt wurde oder
    - ii. die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie begonnen wurde oder
    - iii. nur noch eine palliative Behandlung möglich ist, und
  - d) kein Fall vorliegt, der gemäß Abs. 21.3 vom Versicherungsschutz ausgeschlossen ist und
  - e) die Wartezeit nach Abs. 21.4 abgelaufen ist.
- 21.3 Vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Zysten, Verkalkungen, Granulome, Hämatome sowie Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns.
- 21.4 Für den Versicherungsschutz für benignen Gehirntumor besteht eine Wartezeit von drei Monaten; das heißt, es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten oder
  - b) eine Diagnose eines benignen Gehirntumors innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.
- 21.5 Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz erneut.

#### **§ 4 Nachweis des Eintrittes eines versicherten Ereignisses**

1. Ein Versicherungsfall aus dieser Zusatzversicherung ist uns so rasch wie möglich anzuzeigen.
2. Sowohl die Diagnose einer schweren Krankheit im Sinne dieser Bedingungen als auch die Indikation und der Operationsbericht für eine Operation im Sinne dieser Bedingungen muss von einem in Österreich (oder einem anderen durch den Versicherer ausdrücklich anerkannten Land) niedergelassenen Arzt erstellt worden sein, der weder die versicherte Person selbst, der Versicherungsnehmer noch ein Lebens-, Ehepartner oder ein Verwandter der versicherten Person oder des Versicherungsnehmers ist.
3. Die Diagnose muss durch entsprechende klinische, radiologische oder histologische Untersuchungen bestätigt werden sowie Unterlagen über Laboruntersuchungen enthalten.
4. Zusätzlich werden in einigen Definitionen von schweren Krankheiten und von versicherten Operationen (siehe § 3) weitere Anforderungen an die zum Nachweis des versicherten Ereignisses vorzulegenden Unterlagen gestellt.
5. Wir behalten uns das Recht vor - dann allerdings auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise - insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - zu verlangen, um die Diagnose einer schweren Krankheit bzw. die Notwendigkeit einer durchgeführten Operation zu überprüfen.

#### **§ 5 Umfang des Versicherungsschutzes**

1. Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem versicherten Ereignis im Sinne dieser Bedingungen (in § 3 definiert) gekommen ist.
2. Wir leisten jedoch nicht, wenn das versicherte Ereignis im Sinne dieser Bedingungen verursacht ist:
  - a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
  - b) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit dem Einsatz oder dem Freisetzen eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist, und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird;
  - c) durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift;
  - d) durch Selbstverstümmelungen, selbst herbeigeführte Erkrankungen oder Selbsttötungsversuche. Wenn aber nachgewiesen werden kann, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
  - e) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
  - f) durch widerrechtliche Handlungen, mit denen der Versicherungsnehmer vorsätzlich eine schwere Erkrankung oder eine Operation der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt hat;
  - g) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zu deren Abwehr und Bekämpfung des Einsatzes einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen bedarf.
3. Wir leisten außerdem nicht, wenn durch den Eintritt eines der unter Absatz 2 aufgeführten Ereignisse, Erkrankungen oder Verhaltensweisen bereits vor diesem Zeitpunkt bei der versicherten Person vorhandene Erkrankungen oder bestehende Gesundheitszustände der versicherten Person derart verschlimmert werden, dass sie zu einem versicherten Ereignis im Sinne dieser Bedingungen führen.
4. Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne schwere Krankheiten bzw. Operationen; diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit bzw. Operation in § 3 aufgeführt.

#### **§ 6 Beginn des Versicherungsschutzes**

Der Versicherungsschutz beginnt 3 Monate nachdem wir die Annahme Ihres Antrages schriftlich oder durch Zustellung der Versicherungspolizze erklärt und Sie die erste oder einmalige Prämie rechtzeitig (siehe § 2, Abs. 6) bezahlt haben. Vor dem in der Versicherungspolizze angegebenen Versicherungsbeginn besteht kein Versicherungsschutz.

#### **§ 7 Abänderung der Versicherungsbedingungen**

1. Sollten eine oder mehrere der unter § 3 versicherten schweren Krankheiten während der Laufzeit Ihres Versicherungsvertrages nach allgemein anerkannter medizinischer Auffassung auf Basis von
  - a) genetischen Behandlungen (Gentherapie);
  - b) Impfungen nach Diagnose der Krankheit;
  - c) jeglicher anderer Form von medizinischer oder anderer Behandlungganz oder teilweise heilbar sein, so sind wir berechtigt, diese Bedingungen dahingehend einseitig durch schriftliche Mitteilung zu ändern, dass die betreffenden schweren Krankheiten in ihrer Definition der medizinischen Entwicklung angepasst werden bzw. aus dem Anwendungsbereich des § 3 entfallen. Im Gegenzug werden wir die Prämie, soweit erforderlich, entsprechend anpassen.
2. Die Änderung wird nur wirksam, wenn wir sie Ihnen spätestens acht Wochen zuvor schriftlich angekündigt haben, und Sie nicht innerhalb dieser Frist dieser Änderung schriftlich widersprochen haben.

### **§ 8 Berechnung der Prämie**

Die Prämie richtet sich nach dem Tarif und dem Alter des Versicherten. Das Alter errechnet sich aus der Differenz zwischen dem Kalenderjahr des Versicherungsbeginnes und dem Geburtsjahr des Versicherten. Bei erhöhtem Risiko können Zusatzprämien oder besondere Bedingungen vereinbart werden.

### **§ 9 Erhöhung der Prämie**

Ergibt sich eine nicht nur vorübergehende nicht vorhersehbare Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den zugrundegelegten technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie, können wir in sinngemäßer Anwendung der §§ 172 und 178f des Versicherungsvertragsgesetzes (siehe Anhang) die Prämie erhöhen bzw. den Versicherungsschutz abändern.

### **§ 10 Verhältnis zur Hauptversicherung**

1. Diese Zusatzversicherung bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit; sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, so erlischt auch diese Zusatzversicherung.
2. Bei der Kündigung der Hauptversicherung gilt die Kündigung auch für die Zusatzversicherung.
3. Bei Umwandlung der Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung fällt die Zusatzversicherung weg.
4. Diese Zusatzversicherung können Sie für sich allein kündigen. Rückkauf und Prämienfreistellung der Zusatzversicherung sind nicht möglich.
5. Die Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht aus dieser Zusatzversicherung hat keine Auswirkung auf die Leistung aus der Hauptversicherung.
6. Diese Zusatzversicherung ist nicht gewinnbeteiligt.
7. Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung auch auf die Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung.

### **Anhang: Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz (VersVG) in der derzeit geltenden Fassung**

#### **§ 172**

Bietet eine Lebensversicherung Versicherungsschutz für ein Risiko, bei dem ungewiss ist, ob und wann der Versicherungsfall eintreten wird, so darf sich der Versicherer für den Fall einer nicht nur vorübergehenden nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie eine Erhöhung der Prämie in sinngemäßer Anwendung des § 178f ausbedingen.

#### **§ 178f**

(1) Eine Vereinbarung, nach der der Versicherer berechtigt ist, die Prämie nach Vertragsabschluss einseitig zu erhöhen oder den Versicherungsschutz einseitig zu ändern, etwa einen Selbstbehalt einzuführen, ist - unbeschadet des § 6 Abs. 1 Z 5 KSchG beziehungsweise des § 6 Abs. 2 Z 3 KSchG - nur mit den sich aus den Abs. 2 und 3 ergebenden Einschränkungen wirksam.

(2) Als für Änderungen der Prämie oder des Versicherungsschutzes maßgebende Umstände dürfen nur die Veränderungen folgender Faktoren vereinbart werden:

1. eines in der Vereinbarung genannten Index,
2. der durchschnittlichen Lebenserwartung,
3. der Häufigkeit der Inanspruchnahme von Leistungen nach Art der vertraglich vorgesehenen und deren Aufwendigkeit, bezogen auf die auf die zu diesem Tarif Versicherten,
4. des Verhältnisses zwischen den vertraglich vereinbarten Leistungen und den entsprechenden Kostenersätzen der gesetzlichen Sozialversicherungen,
5. der durch Gesetz, Verordnung, sonstigen behördlichen Akt oder durch Vertrag zwischen dem Versicherer und im Versicherungsvertrag bezeichneten Einrichtungen des Gesundheitswesens festgesetzten Entgelte für die Inanspruchnahme dieser Einrichtungen und
6. des Gesundheitswesens oder der dafür geltenden gesetzlichen Bestimmungen.

Bloß vom Älterwerden des Versicherten oder von der Verschlechterung seines Gesundheitszustandes abhängige Anpassungen dürfen jedenfalls nicht vereinbart werden, insbesondere ist eine Prämienanpassung unzulässig, um eine schon bei Eingehung der Versicherung unzureichend kalkulierte Alterungsrückstellung zu ersetzen. Es kann jedoch vereinbart werden, dass eine zunächst geringere Prämie ab einem bestimmten Lebensalter des Versicherten auf denjenigen Betrag angehoben wird, den der betreffende Tarif für Versicherte vorsieht, die mit diesem Alter in die Versicherung eintreten; dieses Lebensalter darf nicht über 20 Jahren liegen.

(3) Erhöht der Versicherer die Prämie, so hat er dem Versicherungsnehmer auf dessen Verlangen die Fortsetzung des Vertrages mit höchstens gleichbleibender Prämie und angemessen geänderten Leistungen anzubieten.

(4) Die Erklärung einer rückwirkenden Änderung der Prämie oder des Versicherungsschutzes ist unwirksam; die Erklärung wirkt erst ab dem der Absendung folgenden Monatsersten.