



## **Versicherungsbedingungen für die Dread-Disease-Zusatzversicherung zu Plan B Tarifen**

### **Inhaltsverzeichnis**

- § 1 Was ist versichert (Versicherungsfall)?**
- § 2 Was gilt als bestimmte schwere Erkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?**
- § 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?**
- § 4 Wie berechnet sich Ihre Prämie?**
- § 5 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?**
- § 6 Was ist bei der Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?**
- § 7 Können die Prämien für diese Versicherung angehoben werden?**
- § 8 Verhältnis zur Hauptversicherung**

### **§ 1 Was ist versichert (Versicherungsfall)?**

1. Versicherungsfall ist der Eintritt einer bestimmten schweren Erkrankung gemäß diesen Bedingungen bei der versicherten Person während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung.
2. Im Versicherungsfall wird eine Versicherungsleistung in Form einer einmaligen Kapitalauszahlung erbracht. Mit Auszahlung der einmaligen Kapitalleistung, endet die gegenständliche Zusatzversicherung (ohne Auswirkung auf die Leistung aus der Hauptversicherung). Die Höhe Ihrer Versicherungssumme entnehmen Sie bitte Ihrer Polizze.
3. Die Versicherungsleistung wird nur dann fällig, wenn der Versicherungsfall während der Wirksamkeit des Versicherungsschutzes (Laufzeit 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 sich gleichzeitig mehrere Versicherungsfälle verwirklichen, ist die Leistung mit der vereinbarten Versicherungssumme begrenzt.

### **§ 2 Was gilt als bestimmte schwere Erkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?**

Versicherungsschutz besteht für die folgenden angeführten bestimmten schweren Erkrankungen, wenn diese ärztlicherseits festgestellt und dokumentiert sind: Krebs, Schlaganfall, Herzinfarkt, Chronisches Nierenversagen, Multiple Sklerose, und Benigner Gehirntumor.

#### **1. Krebs**

- 1.1. 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.
- 1.2. Nicht unter den Versicherungsschutz fallen:
  - a) Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1 (Ann Arbor Klassifikation)
  - b) Leukämie (außer chronisch lymphatischer Leukämie), wenn keine generalisierte Ausbreitung von Leukämiezellen im Blut vorliegt.
  - c) Chronische lymphatische Leukämie mit Schweregrad unterhalb von RAI Klasse 1 oder Binet Klasse A-1.
  - d) 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.

- e) 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.
  - f) Kaposi-Sarkom und andere Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion oder AIDS-Erkrankung.
  - g) Prostatakrebs der histologisch nachgewiesenen TNM-Klassifikation T1 (einschließlich T1 (a), T1 (b) oder einer anderen vergleichbaren Klassifikation).
  - h) Papilläre Mikrokarzinome der Schilddrüse oder der Blase.
- 1.3. Nach diesen Bedingungen besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn
- a) erstmalige Symptome innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes auftreten; oder
  - b) 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.

## 2. Schlaganfall

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

2.1. 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:
  - 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.
  - 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.
  - Die versicherte Person ist dauerhaft und irreversibel nicht in der Lage, ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren.
  - 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. Herzinfarkt

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

3.2. 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.

## 4. Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen im terminalen Stadium, das eine Dialysebehandlung oder eine Nierentransplantation erforderlich

macht. Die Notwendigkeit der Dauerdialysebehandlung muss durch einen nephrologischen Bericht belegt werden. Die Versicherungsleistung erfolgt nach Beginn der Dialysebehandlung bzw. nach erfolgter Transplantation.

## 5. Multiple Sklerose

Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.

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

- a. Bei schubförmigen Verlauf der Erkrankung müssen nachweisbar bereits mindestens zwei Schübe aufgetreten sein; bei chronisch progredientem Verlauf der Erkrankung muss mindestens ein Jahr nach der Diagnose einer chronisch progredienten Multiplen Sklerose vergangen sein.
- b. Die Erkrankung manifestiert sich in neurologischen Defiziten, die mindestens eine der folgenden Beeinträchtigungen zur Folge haben:
  - 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.
  - 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.
  - Es liegt ein neurologisch nachgewiesenes Zentralskotom vor.

5.2. Nach diesen Bedingungen 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.  
Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

## 6. Benigner (gutartiger) Gehirntumor

6.1. Ein benigner Gehirntumor im Sinne dieser Bedingungen ist ein lebensbedrohlicher, nicht bösartiger Tumor des Gehirns.

6.2. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht, wenn klinische Zeichen des Hirndruckes als Folge des Tumors wie z. B. Papilloedem, Hirnleistungsstörung, epileptische Anfälle oder motorische oder sensorische Beeinträchtigungen nachweisbar sind sowie mindestens eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- a. Der Tumor wurde durch eine Operation teilweise oder vollständig entfernt.
- b. Die Behandlung des Tumors durch eine Chemo- oder Strahlentherapie wurde begonnen.
- c. Es ist nur noch eine palliative Behandlung möglich.

6.3. Cysten, Verkalkungen, Granulome, Fehlbildungen in den oder der Arterien oder Venen des Gehirns sowie Tumore der Gehirnanhangsdrüse und der Zirbeldrüse fallen nicht unter den Versicherungsschutz.

6.4. Nach diesen Bedingungen 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.  
Bei Erhöhungen des Versicherungsschutzes gilt dieselbe Wartezeit für den zusätzlichen Versicherungsschutz.

## § 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1. Der Beginn des Versicherungsschutzes dieser Zusatzversicherung richtet sich nach den Bestimmungen in den jeweiligen Versicherungsbedingungen für die Hauptversicherung.
2. Ein vorläufiger Sofortschutz besteht für diese Zusatzversicherung nicht.

#### **§ 4 Wie berechnet sich Ihre Prämie?**

Die Höhe der Prämie richtet sich nach dem Tarif, der Versicherungsdauer, der Leistungsdauer, dem Geschlecht, dem Geburtsjahr, dem Alter und dem Beruf der versicherten Person. Dabei wird ein begonnenes Lebensjahr als voll gerechnet, wenn davon am Tag, an welchem laut Polizze das erste Versicherungsjahr beginnt, mehr als 6 Monate verfließen sind. Bei erhöhtem Risiko, insbesondere durch Gesundheit, Beruf oder Sport, können Zusatzprämien (Risikozuschläge) oder Besondere Bedingungen vereinbart werden.

#### **§ 5 Wie umfassend ist Ihr Versicherungsschutz?**

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

1. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, leisten wir jedoch nicht die vereinbarte Versicherungssumme, sondern die tarifliche Deckungsrückstellung, wenn der Versicherungsfall verursacht wurde:
  - unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat; diese Einschränkung gilt nicht, wenn der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar mit kriegerischen Ereignissen zusammenhängt, denen die versicherte Person während Ihres Aufenthaltes außerhalb der Republik Österreich ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war;
  - durch nukleare, biologische oder chemische oder durch Terrorismus ausgelöste Katastrophen oder durch Strahlen, zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtungen nötig ist.
  - durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
  - durch Alkoholmissbrauch, Missbrauch von Drogen oder Medikamenten oder die Einnahme von Gift;
  - durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wird uns nachgewiesen, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen wurden, besteht voller Versicherungsschutz;
  - durch widerrechtliche Handlungen, mit denen der/die Versicherungsnehmer/in vorsätzlich eine schwere Erkrankung oder eine Operation der versicherten Person im Sinne dieser Bedingungen herbeigeführt hat.

Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne schwere Krankheiten. Diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter der Definition der jeweiligen versicherten schweren Krankheit unter § 2 aufgeführt.

#### **§ 6 Was ist bei der Fälligkeit einer Versicherungsleistung zu beachten?**

1. Ein Versicherungsfall aus dieser Zusatzversicherung für schwere Erkrankung ist uns so rasch wie möglich anzuzeigen.
2. Werden Leistungen aus dieser Zusatzversicherung geltend gemacht, so sind uns außerdem folgende Unterlagen vorzulegen:
  - eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles
  - entsprechende klinische, radiologische oder histologische Untersuchungen bestätigt werden sowie Unterlagen über Laboruntersuchungen. Die Kosten hierfür hat der Anspruchsteller/die Anspruchstellerin zu tragen.
  - die in § 2 genannten sonstigen Befunde und Nachweise sowie
  - ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt und untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf der Krankheit. Ebenso sind uns Berichte von Spitälern, Heilanstalten, Rehabilitations- und Kurkliniken, in denen Behandlungen vor dem Versicherungsfall stattfanden, vorzulegen.

3. Wenn der Versicherungsfall außerhalb Österreichs eintritt oder wenn zu Untersuchungen, Diagnosen, Behandlungen, Operationen usw. Ärzte, Fachärzte, Kliniken, Krankenhäuser, Rehabilitationszentren außerhalb Österreichs herangezogen, kann der Versicherer die zur Feststellung der Leistungspflicht erforderlichen Nachweise von einem in Österreich niedergelassenen Facharzt oder von einer Fachklinik auf Kosten des Anspruchstellers/der Anspruchstellerin erstellen lassen.
4. Im Versicherungsfall kann der Versicherer außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von ihm beauftragte Ärzte verlangen. Die hierdurch entstehenden Kosten werden dann jedoch vom Versicherer getragen.  
Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten, bei denen er in Behandlung war oder sein wird, sowie Personenversicherer, Sozialversicherer und Behörden zu ermächtigen, dem Versicherer auf Verlangen Auskunft zu erteilen. Die Ermächtigung zur Auskunftserteilung bezieht sich ausschließlich auf Daten, Umstände und Krankheiten, die mit dem Versicherungsfall in ursächlichem Zusammenhang stehen.

### **§ 7 Können die Prämien für diese Versicherung angehoben werden?**

Die Prämie richtet sich nach dem Tarif, der Versicherungsdauer, der Leistungsdauer, dem Geschlecht, dem Geburtsjahr, dem Alter und dem Beruf der versicherten Person. Während der Versicherungsdauer kann die Prämie – außer bei Erhöhung des Versicherungsumfanges – nur dann angehoben werden (bzw. der Versicherungsschutz abgeändert werden), wenn es zu einer nicht nur vorübergehenden und unvorhersehbaren Änderung des Leistungsbedarfes gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen und der daraus errechneten Prämie kommt (§§ 172 und 178 f VersVG, siehe Anhang).

### **§ 8 Verhältnis zur Hauptversicherung**

1. Diese Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung eine Einheit und kann ohne diese weder prämienpflichtig noch prämienfrei fortgesetzt werden. Prämienzahlweise und Hauptfälligkeit von Haupt- und Zusatzversicherung müssen übereinstimmen.
2. Bei der Kündigung der Hauptversicherung gilt die Kündigung auch für die Zusatzversicherung. Die Zusatzversicherung kann. Bei einer Teilkündigung wird die Zusatzleistung so herabgesetzt, dass bei der verbleibenden Versicherung Haupt- und Zusatzversicherung in demselben Verhältnis zueinander stehen, wie bei der ursprünglichen Versicherung. Im Falle der Kündigung wird der nach dem Geschäftsplan des Versicherers berechnete Rückkauf fällig, soweit ein solcher geschäftsplanmäßig vorhanden ist.
3. Bei Umwandlung der Hauptversicherung in eine prämienfreie Versicherung fällt die Zusatzversicherung weg, ihre Deckungsrückstellung wird derjenigen der Hauptversicherung zugeschlagen.
4. Lebt aus irgendeinem Grund die erloschene oder prämienfreigestellte Hauptversicherung wieder auf und tritt die Dread-Disease-Zusatzversicherung wieder in Kraft, so können Ansprüche aus dieser nicht auf Grund solcher Ursachen geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des Versicherungsschutzes eingetreten sind.
5. Diese Zusatzversicherung ist nicht gewinnberechtigt.
6. **Die Versicherungsbedingungen der Hauptversicherung finden, soweit nichts anderes bestimmt ist, auf diese Zusatzversicherung sinngemäß Anwendung.**

## Anhang

### Auszug aus dem Versicherungsvertragsgesetz 1958 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 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 gleich bleibender 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.