

Besondere Vertragsbeilage Nr. 127330
Kündigungsverzicht
bei schweren Krankheiten bis

In Abänderung der Allgemeinen Bedingungen für die Betriebsunterbrechungsversicherung für freiberuflich und selbstständig Tätige (ABUB); Fassung 2007 sowie der Allgemeinen Bedingungen für die Sachversicherung (ABS); Fassung 1994, Artikel 14 gilt vereinbart:

Der Versicherer verzichtet bei schweren Krankheiten (gemäß nachstehend angeführter Auflistung) ab dem Zeitpunkt des medizinisch nachgewiesenen Eintrittes der schweren Krankheit auf sein Kündigungsrecht in jedem Schadenfall bis zum Vertragsende, längstens jedoch bis zum oben dokumentierten Datum. Gleichzeitig verlängert sich in diesem Fall abweichend von Artikel 5. Pkt. 3 die Haftung für verbundene / gedehnte Betriebsunterbrechungsschäden bis zum oben dokumentierten Datum, mindestens jedoch bis 730 Tage ab Eintritt der ersten Betriebsunterbrechung die durch diese versicherte Gefahr (Schadenereignis) ausgelöst wurde. Die Versicherungssumme steht ab dem Zeitpunkt des medizinisch nachgewiesenen Eintrittes der schweren Krankheit nur mehr einmal für alle Betriebsunterbrechungen nach Schäden aus Krankheit und einmal für alle Betriebsunterbrechungen aus allen anderen versicherten Personen- und Sachschäden zur Verfügung.

Nach Kenntniserlangung über den Verbrauch der Versicherungssumme für Krankheit oder aus allen anderen Personen- und Sachschäden kann der Versicherungsnehmer mit einer Frist von einem Monat kündigen oder den Vertrag für den verbleibenden Versicherungsumfang weiterführen.

Als schwere Krankheit gilt:

1. Herzinfarkt

Ein Herzinfarkt im Sinne dieser Bedingungen ist der Untergang von Herzmuskelzellen infolge von unzureichender Blutzufuhr in den betroffenen Bereichen. Folgende Kriterien müssen erfüllt sein:

- * Auftreten der typischen pectanginösen Schmerzen
- * frische EKG-Veränderungen nach den üblichen Infarktkriterien
- * für einen Herzinfarkt typische nachgewiesene Erhöhung von herzspezifischen Markern,
- * 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. Bypass Operation der Koronararterien

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.

Unter diesem Vertrag 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.

3. Krebs

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.

Nicht als Krebs gilt:

- * 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 praemaligne 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.

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.

4. Schlaganfall

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.

5. Chronisches Nierenversagen

Chronisches Nierenversagen im Sinne dieser Bedingungen ist ein chronisches Nierenversagen, das eine Dauerdialysebehandlung 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.

6. Organtransplantation

Eine Organtransplantation im Sinne dieser Bedingungen ist eine durchgeführte Transplantation von Herz (nur komplette Transplantation), Lunge, Leber, Bauchspeicheldrüse (ausgeschlossen ist die Transplantation der Langerhans' Inseln allein), Niere oder Knochenmark von einem Spender auf einen Empfänger, welcher der Versicherte ist.

7. Multiple Sklerose

- 1) Multiple Sklerose im Sinne dieser Bedingungen ist eine entzündliche Erkrankung des zentralen Nervensystems mit Entmarkungsherden in der weißen Substanz des Gehirns oder Rückenmarks.
- 2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
Bei schubförmigem 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.

- 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 Multipler Sklerose innerhalb der ersten drei Monate nach Beginn des Versicherungsschutzes erfolgt.

8. Lähmung

Lähmung im Sinne dieser Bedingungen ist die vollständige Lähmung von zwei Armen und / oder zwei Beinen und / oder einer Körperhälfte als Folge eines Unfalls oder einer Krankheit.

9. Blindheit

- 1) Blindheit im Sinne dieser Bedingungen ist der klinisch nachgewiesene, irreversible und nicht therapierbare weitgehende Verlust der Sehschärfe (Visus) als Folge einer Krankheit oder eines Unfalles.
- 2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn die folgenden beiden Bedingungen erfüllt sind:
 - a) Die Sehschärfe auf dem besseren Auge beträgt unter Zuhilfenahme von Hilfsmitteln nicht mehr als 6 / 60 oder 20 / 200, oder das Sehfeld auf beiden Augen ist auf maximal 20° beschränkt.
 - b) Nach allgemeiner medizinischer Meinung kann die Sehschärfe oder das Sehfeld durch Hilfsmittel oder Implantate nicht derart verbessert werden, dass die Sehschärfe auf dem schlechteren Auge auf mehr als 6 / 60 oder 20 / 200 verbessert würde und das Sehfeld auf einem Auge mehr als 20° betragen würde.

10. Verlust der Gliedmaßen

Verlust der Gliedmaßen im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige Verlust von mindestens 2 Gliedmaßen oberhalb der Hand und / oder oberhalb des Fußes.

11. Taubheit

Taubheit im Sinne dieser Bedingungen ist der irreversible und nicht therapierbare Verlust der Hör-fähigkeit für alle Schallreize unterhalb von 90 Dezibel aufgrund einer Krankheit oder eines Unfalls. Es besteht kein Anspruch auf Versicherungsleistung, wenn nach allgemeiner medizinischer Meinung die Hörfähigkeit durch ein Hörgerät, Implantat oder andere Hilfsmittel derart verbessert werden kann, dass auch Schallreize unterhalb von 90 Dezibel gehört werden könnten.

12. Operation der Herzklappen

- 1) Eine 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. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter Operation.
- 2) Nach diesen Bedingungen 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.

13. Operation der Aorta

Eine Operation an 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. Unter dieser Deckung sind Operationen an von der Bauch- oder Brust-aorta abgehenden Gefäßen nicht gedeckt. Der Anspruch auf Versicherungsleistung entsteht nach durchgeführter

Operation.

14. Fortgeschrittene Demenz (einschließlich Alzheimer'sche Krankheit)

- 1) Alzheimer'sche Krankheit im Sinne dieser Bedingungen ist eine progressive degenerative Erkrankung des Gehirns, die durch eine diffuse Hirnatrophie und krankheitsspezifische Zellveränderungen gekennzeichnet ist.
- 2) Demenz im Sinne dieser Bedingungen ist eine organische, mentale Erkrankung, die durch einen allgemeinen Verlust der intellektuellen Fähigkeiten einschließlich der Beeinträchtigung des Gedächtnisses, des Urteilsvermögens, der Fähigkeit zum abstrakten Denken sowie Änderungen in der Persönlichkeit gekennzeichnet ist.

15. Parkinson'sche Krankheit

- 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.
- (2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - a) Mögliche Differentialdiagnosen müssen explizit ausgeschlossen worden sein.
 - b) Die Symptome sind fortschreitend.

16. Schwere Verbrennungen

Als schwere Verbrennungen im Sinne dieser Bedingungen werden Verbrennungen dritten Grades von mindestens 20% der Körperoberfläche bezeichnet, die durch thermische, chemische oder elektrische Einwirkungen auf die Haut entstanden sind. Als Messkriterium gilt die "Neuner-Regel" oder die Körperoberflächenkarte nach Lund und Browder.

17. Koma

- 1) Koma im Sinne dieser Bedingungen ist ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse.
- 2) Es wird ebenfalls eine Versicherungsleistung erbracht, wenn der Versicherte für einen Zeitraum von mindestens 2 Monaten in einem Zustand tiefer Bewusstlosigkeit ohne jegliche Reaktion auf externe Reize oder interne Bedürfnisse gelegen hat und dieser Zustand kein "Künstliches Koma" als Therapiemaßnahme ist und die Dauer nicht durch eine Verlängerung des komatösen Zustandes aus therapeutischen Gründen zustande gekommen ist.

18. HIV-Infektion - erworben durch Bluttransfusion

- 1) Eine HIV-Infektion erworben durch Bluttransfusion im Sinne dieser Bedingungen ist eine HIV-Infektion, die nachweislich auf einer nach Versicherungsbeginn erfolgten Bluttransfusion beruht.
- 2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - a) Dem Versicherer wird ein
 - * Schuldanerkenntnis des Herstellers, des Krankenhauses oder der Institution, in der die Transfusion erfolgte, oder
 - * rechtskräftiges Urteil, gegen das keine Berufung eingelegt werden kann vorgelegt, das glaubhaft macht, dass die Ursache für den Eintritt der HIV-Infektion des Versicherten im Verantwortungsbereich einer der vorstehend genannten Stellen gesehen wurde.
 - b) Der Versicherte leidet nicht an Hämophilie.
 - c) Der Versicherer muss freien Zugang zu allen Blutproben des Versicherten haben sowie die Möglichkeit erhalten, diese Blutproben unabhängig testen zu lassen.
- 3) HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller

Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.

19. HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit

- 1) Eine HIV-Infektion - erworben während der beruflichen Tätigkeit - des Versicherten im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die HIV-Infektion
 - a) durch eine Verletzung oder
 - b) durch den beruflichen Umgang mit Blut oder anderen Körperflüssigkeiten während der Ausübung der beruflichen Tätigkeit (Vorfall) hervorgerufen wurde.
- 2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - a) Der Versicherte muss die HIV-Infektion während der Ausübung der normalen Tätigkeit ihres Berufes erworben haben, und der Beruf des Versicherten muss in der nachstehenden Liste enthalten sein.
 - b) Die Serokonversion muss innerhalb von 6 Monaten nach dem Vorfall erfolgen.
 - c) Der Versicherte muss innerhalb von 5 Tagen nach dem Vorfall einen Bluttest durchführen lassen, der das Nichtvorhandensein von HIV-Viren oder von Antikörpern auf HIV-Viren anzeigt.
 - d) Innerhalb von 12 Monaten nach dem Vorfall müssen HIV-Viren oder HIV-Antikörper durch einen weiteren Bluttest nachgewiesen werden.
 - e) Der Vorfall muss nach dem üblichen berufsgenossenschaftlichen oder anderen für die Berufsgruppe verbindlichen Verfahren gemeldet und durch die berufsständischen Organisationen anerkannt worden sein.
- 3) HIV-Infektionen über alle anderen Infektionswege, einschließlich sexueller Aktivitäten und intravenöser Verabreichung von Drogen, sind nicht vom Versicherungsschutz erfasst.
- 4) Die oben genannte Liste beruflicher Tätigkeiten umfasst:
 - * Ärzte / -innen (Allgemeinärzte / -innen, Fachärzte / innen, etc.)
 - * Zahnärzte / -innen
 - * Krankenschwestern / -pfleger
 - * Personal in medizinischen Einrichtungen
 - * Krankenhaushilfspersonal
 - * Küchenpersonal im Krankenhaus
 - * Reinigungspersonal im Krankenhaus
 - * Arzthelfer / -innen
 - * Zahnarzthelfer / -innen
 - * Hebammen
 - * Sanitäter / -innen
 - * Wäschereipersonal im Krankenhaus
 - * Feuerwehrleute
 - * Polizisten / -innen
 - * Gefängnispersonal
 - * Zahntechniker / -innen

20. Verlust der Sprache

Der Verlust der Sprache im Sinne dieser Bedingungen ist der vollständige und irreversible Verlust des Sprechvermögens.

21. Schwere Motoneuronerkrankung

- 1) Die Motoneuronerkrankung im Sinne dieser Bedingungen ist charakterisiert durch die fort-schreitende Degeneration der Vorderhornzellen oder der bulbären Neuronen und umfasst spinale muskuläre Atrophien, progressive Lähmungen der Hirnnerven, amyotrophe Lateralsklerose und primäre Nervendegeneration.

22. Benigner Gehirntumor

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

23. Schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss

- 1) Eine schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss im Sinne dieser Bedingungen ist die schwerwiegende Erkrankung verursacht durch Zeckenbiss mit nachfolgender Früh-Sommer-Meningo-Enzephalitis (FSME) oder Lyme-Borreliose. FSME ist eine durch spezifische ARBO-Viren verursachte Hirnhaut- und Gehirnentzündung (Meningo-Enzephalitis); die Übertragung erfolgt typischerweise durch Zecken in den bekannten Endemiegebieten. Lyme-Borreliose ist eine durch Zecken übertragene bakterielle entzündliche Infektionserkrankung mit Hautläsion, neurologischen, kardialen und / oder Gelenkmanifestationen.
- 2) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen liegt nur vor, wenn Krankheitserscheinungen innerhalb von drei Monaten nach dem Zeckenbiss auftreten.
- 3) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen bei Diagnose von FSME liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - a) Die Diagnose muss bestätigt werden durch einen Zeckenbiss mit Datumsangabe in der Vorgeschichte sowie den Nachweis einer frischen Infektion durch eine Dokumentierung der typischen Antikörperspiegel im Verlauf der Erkrankung.
 - b) Es muss eine stationäre Behandlung einer Meningo-Enzephalitis erfolgt sein.
 - c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und/oder psychiatrischer Dauerfolgen durch FSME vorgelegt werden.
 - d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.
- 4) Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen bei Diagnose von Lyme-Borreliose liegt nur vor, wenn alle der folgenden Bedingungen erfüllt sind:
 - a) Die Diagnose muss bestätigt werden durch Zeckenbiss anamnestisch mit Datumsangabe sowie einem klarem und eindeutigen Nachweis von Borrelia burgdorferi-DNA aus Synovia oder Liquor.
 - b) Es muss einen Nachweis einer frischen Infektion durch spezifische Antikörperspiegel gegen Borrelien (IgM und IgG) und die ärztliche Bestätigung des Krankheitsbildes/Stadiums durch eine fachneurologische Klinik vorliegen.
 - c) Es muss ein fachärztlicher Nachweis schwerer neurologischer und / oder psychiatrischer Dauerfolgen durch Lyme-Borreliose vorgelegt werden.
 - d) Der Aufenthalt in einem eindeutigen Endemiegebiet wurde nachgewiesen.