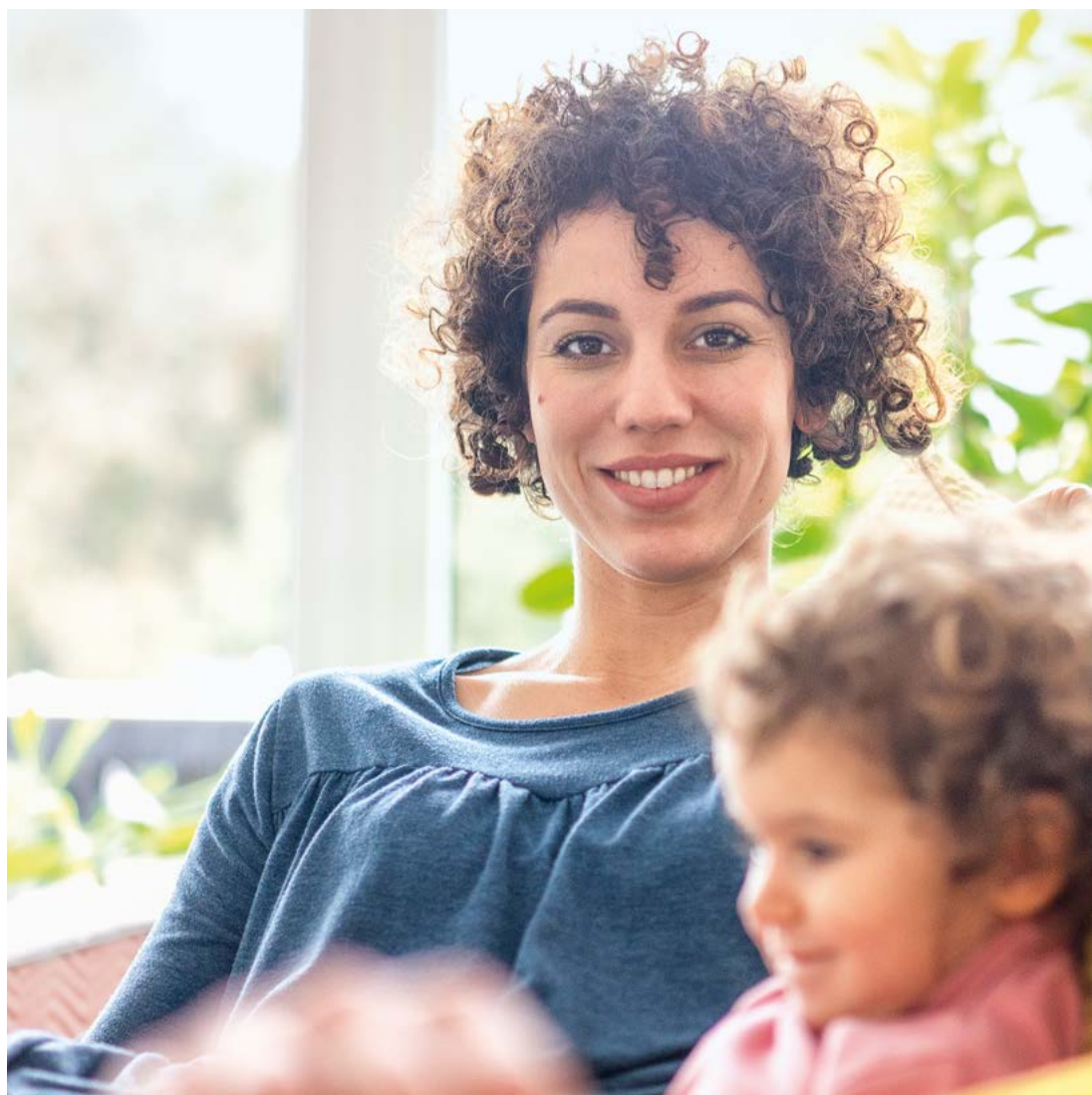


Mein Leben.
Besser versichert.

Auszug aus den Versicherungsbedingungen

Definitionen der Versicherten Schweren Krankheiten

Stand **Oktober 2020**



ANLAGE 1 –

ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE DEFINITIONEN DER VERSICHERTEN SCHWEREN KRANKHEITEN

Allgemeine Hinweise:

Diese Anlage 1 – Versicherte schwere Krankheiten – ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life.

Die in den folgenden Definitionen für schwere Krankheiten genannten Ärzte bzw. Fachärzte müssen die Voraussetzungen für qualifizierte Ärzte im Sinne von § 20 Absatz 11 der Versicherungsbedingungen erfüllen, um für Zwecke der Versicherungsbedingungen und dieser Anlage 1 anerkannt zu werden.

In dieser Anlage 1 führen wir auf, wann unsere Leistungspflicht bei bestimmten schweren Krankheiten ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht auch nach § 10 der Versicherungsbedingungen ausgeschlossen oder eingeschränkt sein kann.

Übersicht der abgesicherten schweren Krankheiten

Gruppe 1: Organversagen

- Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung
- Fortgeschrittene Lebererkrankungen
- Fortgeschrittene Lungen-erkrankung (inklusive schwerem Emphysem)
- Nierenversagen
- Pneumonektomie
- Transplantation von Hauptorganen

Gruppe 2: Zentrales Nervensystem

- Amyotrophe Lateralsklerose
- Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)
- Erkrankungen des zentralen Nervensystems
- Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit
- Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit
- Kinderlähmung (Poliomyelitis)
- Motoneuronerkrankung
- Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen
- Multisystematrophie mit der Folge dauerhafter Symptome
- Muskeldystrophie
- Progressive supranukleäre Blickparese
- Querschnittslähmung

Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System

- Aortenaneurysma
- Aortenplastik
- Bypass-Operation der Herzkranzgefäße
- Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)
- Herzinfarkt
- Herzklappenoperation
- Herzstillstand mit Einsetzen eines Defibrillators
- Intrakranielles Aneurysma
- Konstriktive Perikarditis (Panzerherz), die eine Operation erfordert
- Operation am offenen Herzen
- Operation der Pulmonalarterie, die eine chirurgische Öffnung des Brustbeines erfordert
- Primäre pulmonale Hypertonie
- Schlaganfall

Gruppe 4: Entzündungen

- Bakterielle Meningitis
- Enzephalitis
- Schwere rheumatoide Arthritis

Gruppe 5: Tumore

- Fortgeschrittener Krebs
- Gutartiger Gehirntumor
- Gutartiger Rückentumor

Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

- Abhängigkeit von einer dritten Person
- HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs
- Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen
- Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)
- HIV-Infektion durch Bluttransfusion
- Schwerer Unfall
- Asbestose
- HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten
- Sprachverlust
- Berufsbedingte Hepatitis C
- Intensivpflege mit künstlicher Beatmung über einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen
- Systemischer Lupus erythematodes
- Funktionsverlust von Gliedmaßen
- Koma
- Transplantation von Knochenmark
- Schwere Kopfverletzung
- Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)
- Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)

Erläuterung Wartezeiten

Was ist eine Wartezeit?

Bei einer schweren Krankheit mit Wartezeit erhalten Sie eine Leistung, wenn die Erkrankung oder die Notwendigkeit einer Behandlung 3 bzw. 6 Monate nach Versicherungsbeginn diagnostiziert wurde. Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Die entsprechende Regelung hierzu finden Sie in § 3 A Absatz 2 der Versicherungsbedingungen.

Für diese schweren Krankheiten gilt folgende Wartezeit:

- Fortgeschrittener Krebs (6 Monate)
- Bypass-Operation der Herzkranzgefäße (3 Monate)

Gruppe 1: Organversagen

Chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine chronische Bauchspeicheldrüsenentzündung (Pankreatitis) diagnostiziert wurde und die Bauchspeicheldrüse ihre Funktion (Verdauung von Fett und Eiweiß, Blutzuckerregulation) verloren hat.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Facharztes für Innere Medizin, aus dem sich die genannte Diagnose und deren Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für eine akute Bauchspeicheldrüsenentzündung.	

Fortgeschrittene Lebererkrankungen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Leberzirrhose oder das Endstadium einer Lebererkrankung diagnostiziert wurde und mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder vorliegen: <ul style="list-style-type: none"> — hepatische Enzephalopathie (Hirnerkrankung durch Leberschaden) — unkontrollierbarer Aszites (Wasserbauch) — Ikterus (permanente Gelbsucht) — Varizen (Krampfadern) in der Speiseröhre oder im Magen 	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Gastroenterologen, aus dem sich die Lebererkrankung und zwei der beschriebenen Krankheitsbilder ergeben.
----------------------------	---	--

Fortgeschrittene Lungenerkrankung (inklusive schwerem Emphysem)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Lungenerkrankung diagnostiziert wurde, welche zur chronisch respiratorischen Insuffizienz führte, und folgende Befunde diagnostiziert wurden: <ul style="list-style-type: none"> — eine ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie (Sauerstoffmangel) — FEV1 (forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde = Tiffeneau-Test) beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter — arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 Millimeter Quecksilbersäule oder weniger ($PaO_2 \leq 55$ mm Hg) 	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Facharztes für Lungenerkrankungen, aus dem sich die Diagnose der Lungenerkrankung und der chronisch respiratorischen Insuffizienz ergibt, — Befundbericht, aus dem sich die genannten Befunde ergeben.
----------------------------	---	---

Nierenversagen		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund eines chronischen Nierenversagens für mindestens 6 Monate durchgehend eine regelmäßige Dialyse durchgeführt wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Nephrologen, aus dem sich das chronische Nierenversagen ergibt, und — Dialyseplan.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Vorliegen eines vorübergehenden, akuten Nierenversagens.	

Pneumektomie		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein ganzer Lungenflügel operativ entfernt wurde (Pneumektomie).	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Pneumektomie durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für einen anderen Eingriff an der Lunge, wie zum Beispiel eine Lungensegmentresektion, Lobektomie oder einen Lungenschnitt.	

Transplantation von Hauptorganen		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person eine teilweise oder vollständige Transplantation von Herz, Lunge, Leber, Niere oder Bauchspeicheldrüse erhielt oder sie dafür auf einer offiziellen Warteliste registriert wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Transplantation durchgeführt wurde, — Befundberichte, aus denen sich die Notwendigkeit der Transplantation ergibt, oder — Bestätigung der Registrierung auf einer offiziellen Warteliste.

Gruppe 2: Zentrales Nervensystem

Amyotrophe Lateralsklerose		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine amyotrophe Lateralsklerose (ALS) diagnostiziert wurde und mindestens eine der folgenden neurologischen Einschränkungen vorliegt: <ul style="list-style-type: none"> — Muskellähmung — Muskelschwund — Sprechstörung — Schluckstörung 	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der amyotrophen Lateralsklerose und der Verlust der neurologischen Fähigkeit ergeben.

Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Creutzfeldt-Jakob-Krankheit (CJK) von einem Neurologen sicher diagnostiziert wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die gesicherte Diagnose ergibt.

Erkrankung des zentralen Nervensystems

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person vor ihrem 65. Geburtstag aufgrund einer Erkrankung des zentralen Nervensystems erstmalig mindestens eine der folgenden Fähigkeiten für mindestens 6 Monate durchgehend verloren hat:

- eine Entfernung von 200 Meter über einen ebenen Boden ohne Hilfsmittel (wie z. B. eine Gehhilfe oder einen Rollstuhl) gehend zurückzulegen, ohne anzuhalten, sich abzustützen oder sich setzen zu müssen;
- ohne fremde Hilfe, auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße, bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufzunehmen;
- ohne Hilfsmittel über die Sprache mit der Umwelt zu kommunizieren;
- die Funktion einer kompletten Gliedmaße, also des Arms, einschließlich der Hand, oder des Beins, einschließlich des Fußes.

Der Verlust der Fähigkeit muss danach noch mindestens 6 Monate andauern. Die versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Erkrankung das dritte Lebensjahr vollendet.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose einer Erkrankung des zentralen Nervensystems, deren Erstauftreten, Verlauf sowie Auswirkungen ergeben.

Fortgeschrittene Alzheimer-Krankheit

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Alzheimer-Krankheit durch einen Arzt für Neurologie mit standardisierten Tests und Fragebögen diagnostiziert wurde. Diese muss vor dem 65. Geburtstag der versicherten Person zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz geführt haben, weswegen sie ständig beaufsichtigt werden muss.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Arztes, aus denen sich die Diagnose einer Alzheimer-Krankheit sowie deren Verlauf und Symptome ergeben.

Fortgeschrittene Parkinson'sche Krankheit

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine idiopathische Parkinson'sche Krankheit (Morbus Parkinson) diagnostiziert wurde und nach ärztlicher Bestätigung mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens für mindestens 3 Monate durchgehend und nur mit Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden können:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilettenbenutzung
- Zubettgehen und Aufstehen

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus dem sich die Diagnose der Parkinson'schen Krankheit ergibt, sowie
- alle Befundberichte, aus denen sich die beschriebenen Einschränkungen ergeben.

Kinderlähmung (Poliomyelitis)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn sich die versicherte Person während der Versicherungsdauer mit dem Poliovirus infizierte und eine paralytische Poliomyelitis (Infektion mit dem Poliovirus, welche zu Lähmungen führt) diagnostiziert wurde, die sich auf Atmung oder Motorik auswirkt.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der paralytischen Poliomyelitis sowie der Beginn der Infektion ergeben.

Motoneuronenerkrankung

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine der Motoneuronenerkrankungen:

- spinale Muskelatrophie (SMA),
- bulbospinale SMA Typ Kennedy,
- amyotrophe Lateralsklerose (ALS),
- progressive Muskelatrophie (PMA),
- primäre Lateralsklerose,
- hereditäre spastische Spinalparalyse (HSP),
- Post-Polio-Syndrom (PPS)

diagnostiziert wurde, welche zu mindestens einer der folgenden Einschränkungen:

- Muskellähmung,
- Muskelschwund,
- Sprechstörung,
- Schluckstörung

führte.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose einer Motoneuronenerkrankung und der Verlust der neurologischen Fähigkeiten ergeben.

Multiple Sklerose mit neurologischen Einschränkungen

<p>Was ist versichert?</p>	<p>Sie erhalten die versicherte Leistung, wenn die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der dann gültigen McDonald-Kriterien für Multiple Sklerose gestellt wurde und seit mindestens 6 Monaten durchgehend entweder</p> <ul style="list-style-type: none"> — ein EDSS-Wert von mindestens 4,5 vorliegt oder — motorische Einschränkungen einer ganzen Extremität (Lähmung oder Bewegungsstörung von Arm oder Bein) bestehen. 	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der Multiplen Sklerose anhand der dann gültigen McDonald-Kriterien sowie die Funktionseinschränkungen oder der EDSS-Wert und deren Verlauf ergeben.
<p>Wann wird eine Teilzahlung gewährt?</p>	<p>Sie erhalten eine Teilzahlung der versicherten Leistung, wenn bei der versicherten Person die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der aktuellsten McDonald-Kriterien für Multiple Sklerose gestellt wurde.</p> <p>Sie erhalten die geringere Summe von entweder</p> <ul style="list-style-type: none"> — 50% der versicherten Leistung (siehe Versicherungsschein) oder — 20.000 Euro. 	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose einer Multiplen Sklerose anhand der McDonald-Kriterien ergibt.

Multisystematrophie mit der Folge dauerhafter Symptome

<p>Was ist versichert?</p>	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Multisystematrophie sicher diagnostiziert wurde. Dabei muss eine Beeinträchtigung in einem der folgenden Bereiche voraussichtlich dauerhaft vorliegen:</p> <ul style="list-style-type: none"> — der motorischen Funktion mit damit verbundener Steifheit der Bewegungen oder — der Fähigkeit zur Koordination der Muskelbewegung oder — der Blasenkontrolle und orthostatische Hypotonie. 	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Erkrankung, die Beeinträchtigungen und deren Verlauf ergeben.
-----------------------------------	---	---

Muskeldystrophie

<p>Was ist versichert?</p>	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Muskeldystrophie diagnostiziert wurde und die folgenden Kriterien erfüllt sind:</p> <ul style="list-style-type: none"> — klinisches Erscheinungsbild einer Muskeldystrophie: keine sensorischen Störungen, normaler Liquorbefund und leichte Einschränkung der Sehnenreflexe; — charakteristisches Elektromyogramm; — klinischer Verdacht, bestätigt durch eine Muskelbiopsie oder durch geeignete, aktuelle Diagnoseverfahren. 	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus denen sich die Diagnose und die geschilderten Kriterien ergeben.
-----------------------------------	---	--

Progressive supranukleäre Blickparese

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine progressive supranukleäre Blickparese diagnostiziert wurde. Dabei muss dauerhaft mindestens eine der folgenden neurologischen Einschränkungen vorliegen:

- Sehstörung
- Sprachstörung (Aphasie)
- Sprechstörung (Dysarthrie)
- Schluckstörung
- Lähmungen
- Spastik
- Geh- und Gleichgewichtsstörungen

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose der progressiven supranukleären Blickparese, deren Symptome und Verlauf ergeben.

Querschnittslähmung

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Schädigung des Rückenmarks oder Hirns zwei Gliedmaßen, also

- beide Arme oder
- beide Beine oder
- ein Arm und ein Bein,

jeweils über dem Hand- oder Fußgelenk vollständig und unumkehrbar gelähmt sind, sodass sie funktionslos sind und nicht mehr bewegt werden können.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus dem sich die Lähmung und ihre Dauerhaftigkeit ergeben.

Gruppe 3: Herz-Kreislauf-System

Aortenaneurysma

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person entweder ein thorakales Aortenaneurysma von mehr als 5,5 Zentimeter oder ein abdominales von mehr als 5 Zentimeter diagnostiziert wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Internisten, welcher die Diagnose thorakales oder abdominales Aortenaneurysma und dessen Größe enthält.

Aortenplastik

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Gefäßerkrankung ein Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta durchgeführt wurde. Der Eingriff muss nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden, in einem anderen anerkannten Staat angewandten Regeln notwendig sein.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Entlassungsbericht der Klinik, in der der Eingriff an der thorakalen oder abdominalen Aorta durchgeführt wurde.

Was ist nicht versichert?

Sie erhalten keine Leistung bei dem Einbringen von minimalinvasiven Stents oder einem Eingriff an den Seitenästen der Aorta.

Bypass-Operation der Herzkranzgefäße

<p>Wartezeit</p>	<p>Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose der Notwendigkeit der Bypass-Operation der Herzkranzgefäße müssen mindestens 3 Monate vergangen sein.</p>	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Kardiologen oder — Entlassungsbericht der Klinik, aus dem sich die Bypass-Operation oder die Diagnose der De-novo-Angina sowie der Zeitpunkt der ersten Empfehlung ergeben.
<p>Was ist versichert?</p>	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Bypass-Operation der Herzkranzgefäße vorgenommen wurde, um eine Verengung bzw. einen Verschluss mindestens einer Koronararterie mit Bypass-Transplantation zu behandeln. Die Operation muss entweder am offenen Herzen oder durch eine minimalinvasive Bypass-Operation (MIDCAB) stattgefunden haben oder</p> <p>es besteht eine De-novo-Angina mit Indikation zur Durchführung einer dringenden oder frühen (< 72 Stunden) Bypass-Operation gemäß den ESC-Guidelines in der dann gültigen Version. In diesem Fall erfolgt eine Leistung ohne Berücksichtigung der oben genannten 3-monatigen Wartezeit.</p>	
<p>Was ist nicht versichert?</p>	<p>Angioplastie und alle anderen intraarteriellen, katheterbasierten Techniken und Laserverfahren</p>	

Erkrankung des Herzmuskels (Kardiomyopathie)

<p>Was ist versichert?</p>	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Kardiomyopathie diagnostiziert wurde und eine Herzleistungsschwäche im Stadium 3 gemäß NYHA (New York Heart Association) für mindestens 3 Monate durchgehend vorliegt.</p>	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Kardiologen, aus denen sich der Schweregrad der Herzleistungsschwäche und deren Behandlung und Dauer ergeben.
-----------------------------------	---	--

Herzinfarkt		
Was ist versichert?	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein ST-Hebungsinfarkt (STEMI-Herzinfarkt) oder ein NSTEMI-Herzinfarkt diagnostiziert wurde und ein Teil des Herzmuskels aufgrund unzureichender Blutzufuhr abgestorben ist. Zusätzlich müssen folgende Anzeichen vorgelegen haben:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Herzinfarkt aufgrund eines kompletten Verschlusses einer Herzkranzarterie durch ein Blutgerinnsel (Thrombus), — charakteristischer Anstieg der herzspezifischen Marker, zum Beispiel Troponin, und <ul style="list-style-type: none"> a) entweder typische klinische Symptome (z. B. Brustschmerzen) oder b) neue, charakteristische Veränderungen im Elektrokardiogramm (EKG). 	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher der Herzinfarkt diagnostiziert, die herzspezifischen Enzyme gemessen und das EKG geschrieben wurde.
Was ist nicht versichert?	Angina pectoris (stabil, instabil, mikrovaskulär)	

Herzklappenoperation		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person erstmals mittels einer Operation am offenen Herzen oder durch einen minimalinvasiven Eingriff eine oder mehrere Herzklappen ersetzt oder repariert wurden.	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Herzklappenoperation durchgeführt wurde, aus dem sich die Art der Operation ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Durchführung einer Ballondilatation bei einer verengten Klappe oder für die kathetergestützte Rekonstruktion der Mitralklappe mit MitralClip.	

Herzstillstand mit Einsetzen eines Defibrillators		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund eines plötzlichen Herzstillstandes ein implantierbarer Defibrillator eingesetzt wurde.	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher der Herzstillstand diagnostiziert sowie die Behandlung mittels Einsetzen der oben genannten Geräte vorgenommen wurde.
Was ist nicht versichert?	Einsetzen eines Herzschrittmachers (HSM)	

Intrakranielles Aneurysma		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels bildgebender Untersuchungsmethoden (z. B. Computertomografie oder Magnetresonanztomografie) ein intrakranielles Aneurysma von mindestens 25 Millimeter Durchmesser diagnostiziert wurde.	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose des intrakraniellen Aneurysmas mittels CT oder MRT ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der das Aneurysma behandelt wurde.

Konstriktive Perikarditis („Panzerherz“), die eine Operation erfordert

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine chronisch konstriktive Perikarditis diagnostiziert wurde, die mindestens 6 Monate durchgehend zu einer Herzleistungsschwäche im Stadium 3 gemäß NYHA (New York Heart Association) führte.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Kardiologen, aus denen sich die Diagnose der konstriktiven Perikarditis, der Herzleistungsschwäche sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer anderen Form der Perikarditis.	

Operation am offenen Herzen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Operation mit Durchtrennung des Brustbeins (mediane Sternotomie) zur Korrektur eines Herzfehlers oder Reparatur bzw. Ersatz einer oder mehrerer Herzklappen erfolgt ist.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde, aus dem sich die Erkrankung und Operation ergeben.
----------------------------	--	---

Operation der Pulmonalarterie, die eine chirurgische Öffnung des Brustbeins erfordert

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels operativer Durchtrennung des Brustbeins (mediane Sternotomie) eine Pulmonalarterie entnommen oder ersetzt wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in der die mediane Sternotomie durchgeführt wurde, aus dem sich die Behandlungsbedürftigkeit der Pulmonalarterie ergibt.
----------------------------	---	--

Primäre pulmonale Hypertonie

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine primäre pulmonalarterielle Hypertonie Klasse 4 nach NYHA (New York Heart Association) diagnostiziert wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundberichte des behandelnden Kardiologen, aus denen sich die zugrunde liegende Erkrankung, die Diagnose der pulmonalarteriellen Hypertonie und die Einschränkungen nach NYHA ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn die primäre pulmonalarterielle Hypertonie ausgelöst wurde durch: <ul style="list-style-type: none"> — eine Lungenerkrankung — chronische Hypoventilation — pulmonale Thromboembolie — Erkrankungen des linken Herzens — angeborene Herzkrankheiten 	

Schlaganfall		
Was ist versichert?	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Schlaganfall diagnostiziert wurde. Hierbei muss das Gehirngewebe aufgrund unzureichender Blutzufuhr oder einer Hirnblutung geschädigt worden sein.</p> <p>Zusätzlich muss eines der folgenden Kriterien für mindestens 3 Monate durchgehend vorgelegen haben und nach aktuellem medizinischen Stand der Wissenschaft auch noch für mindestens 9 Monate fortauern:</p> <ul style="list-style-type: none"> — halbseitige Lähmung (Hemiplegie/Hemiparese) — Sprachstörungen (Aphasie) — Sehstörungen — Schluckstörungen — Epilepsie — Einschränkungen der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten) 	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose des Schlaganfalls und die Funktionseinschränkungen sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	<p>Sie erhalten keine Leistung bei einer transitorischen ischämischen Attacke (TIA) oder einer schweren Migräne mit entsprechenden neurologischen Defiziten.</p>	

Gruppe 4: Entzündungen

Bakterielle Meningitis (Hirnhautentzündung)		
Was ist versichert?	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine bakterielle Meningitis diagnostiziert wurde und für mindestens 3 Monate durchgehend</p> <ul style="list-style-type: none"> — neurologische Ausfälle (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfälle) oder — schwere Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten vorlagen. 	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus denen sich die Diagnose der bakteriellen Meningitis und die neurologischen Ausfälle sowie deren Verlauf ergeben.
Was ist nicht versichert?	<p>Alle anderen Arten der Meningitis, z. B. die virale Meningitis</p>	

Enzephalitis

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Enzephalitis, also eine Entzündung des Gehirns, meistens ausgelöst durch Viren oder Bakterien, zum Teil unter zusätzlicher Beteiligung der Hirnhäute (Meningoenzephalitis) oder des Rückenmarks (Enzephalomyelitis) diagnostiziert wurde und für mindestens 3 Monate durchgehend

- neurologische Ausfälle (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfälle) oder
- gravierende Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten (z. B. Merkfähigkeits-, Konzentrationsstörungen, Persönlichkeitsveränderungen)

vorlagen.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, welche die Diagnose der Enzephalitis und die andauernden Ausfälle bestätigen.

Schwere rheumatoide Arthritis

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine rheumatoide Arthritis diagnostiziert wurde und entweder

a) radiologische Unterlagen ausgedehnte Gelenkerstörung mit größeren klinischen Deformierungen in mindestens drei der folgenden Gelenksregionen belegen: Schulter-, Hüft-, Knie-, Handgelenke, Ellenbogen, Halswirbelsäule, Fußgelenke, Metatarsophalangealgelenke der Füße, oder

b) ärztliche Befundberichte bestätigen, dass mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens in den abgelaufenen 6 Monaten ununterbrochen nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausgeführt werden konnten:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zubettgehen und Aufstehen

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Rheumatologen, aus dem sich die Diagnose der rheumatoiden Arthritis, deren Ausbreitung oder deren Auswirkungen auf Aktivitäten des täglichen Lebens ergeben.

Gruppe 5: Tumore

Fortgeschrittener Krebs

<p>Wartezeit</p>	<p>Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose einer Krebserkrankung sind mindestens 6 Monate vergangen.</p>	<p>Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:</p> <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte der Klinik, in welcher die Krebserkrankung diagnostiziert wurde, insbesondere diejenigen, aus denen sich der histopathologische Befund ergibt, sowie gegebenenfalls den Behandlungsplan.
<p>Was ist versichert?</p>	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person anhand eines histopathologischen Befunds eines der folgenden Tumorkriterien nachgewiesen wurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> — ein solider Tumor im Stadium I nach AJCC/ UICC 8. Edition, wenn für die Behandlung eine Strahlen- oder Chemo- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) erforderlich ist; die Notwendigkeit einer Strahlen- oder Chemo- oder Immuntherapie ist durch einen qualifizierten Facharzt zu bestätigen; — ein solider Tumor im Stadium II nach AJCC/ UICC 8. Edition oder höher; — ein Gehirntumor im Stadium II nach WHO oder höher; — Leukämie oder malignes Lymphom; 	
<p>Was ist nicht versichert?</p>	<p>Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose eines der folgenden Tumorkriterien:</p> <ul style="list-style-type: none"> — papilläre und follikuläre Schilddrüsenkarzinome im Stadium I oder weniger, unabhängig von deren Therapie oder Behandlung; — Basalzell- und Plattenepithelkarzinome der Haut sowie Dermatofibrosarkoma protuberans (DFSP); — Prostatakarzinome im Stadium I nach AJCC/UICC 8. Edition oder weniger, unabhängig von deren Therapie oder Behandlung; — nicht invasive papilläre Karzinome der Blase Ta und Tis (Carcinoma in situ) nach TNM; — ein Tumor in einem früheren, als dem jeweils beschriebenen Stadium, also insbesondere solche im Stadium 0, 0is, in situ (Tis) oder Ta, alle prä-malignen Erkrankungen oder nicht invasiven Krebserkrankungen (z. B. CIN 1 bis CIN 3 bei Gebärmutterhalsveränderungen); — Krebs, der lediglich durch Testverfahren nachgewiesen wurde, die auf dem Nachweis von zirkulierenden Tumorzellen oder tumorassoziierten Molekülen in Körperflüssigkeiten wie Blut, Speichel, Urin oder Stuhl (Liquid Biopsy) ohne histopathologischen Befund basieren. 	

Gutartiger Gehirntumor		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein gutartiger Tumor innerhalb des Schädels, im Gehirn, der Hirnnerven, der Hirnhäute oder der Hirnanhangdrüse diagnostiziert wurde, welcher entweder <ul style="list-style-type: none"> — operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert (notwendig), aber nicht möglich ist bzw. nicht vorgenommen wird, oder — welcher mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde. 	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Neurologen, Psychiaters oder Onkologen, welcher die Diagnose eines der genannten gutartigen Hirntumore sowie dessen Behandlung enthält.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer der folgenden Befunde: <ul style="list-style-type: none"> — Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildungen) — Malformationen (Missbildungen) innerhalb oder außerhalb der Arterien oder Venen des Gehirns — Hämatome und Tumore der Wirbelsäule — Neurinome (gutartige Nervenfasertumore) — Hypophysenadenome (Tumore in der Hirnanhangdrüse) — Angiome (Gefäßneu- oder -fehlbildungen) — Zysten — Abszesse 	

Gutartiger Rückentumor		
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein gutartiger Tumor des Rückenmarks oder Wirbelkanals diagnostiziert wurde, welcher entweder <ul style="list-style-type: none"> — operativ behandelt wurde oder bei dem eine operative Behandlung indiziert ist oder — der mit Strahlen- oder Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) behandelt wurde. 	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Neurologen, Psychiaters oder Onkologen, welcher die Diagnose eines der genannten Tumore sowie dessen Behandlung enthält.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose einer der folgenden Befunde: <ul style="list-style-type: none"> — Granulome (entzündungsbedingte Gewebeneubildungen) — Neurinome (gutartige Nervenfasertumore) — Hypophysenadenome (Tumore in der Hirnanhangdrüse) — Angiome (Gefäßneu- oder -fehlbildungen) — Zysten — Abszesse 	

Gruppe 6: Weitere Krankheiten/Absicherungen

Abhängigkeit von einer dritten Person

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person nach dem 18. und vor dem 65. Geburtstag für mindestens 6 Monate durchgehend die Fähigkeit zur eigenständigen Versorgung verloren hat und mindestens drei der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens nicht ohne Hilfestellung einer dritten Person ausführen kann:

- Baden und Duschen
- Be- und Entkleiden
- Essen und Trinken
- sich selbstständig von einem Zimmer zum anderen bewegen
- Toilette benutzen
- Zubettgehen und Aufstehen

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle ärztlichen Befunde und Berichte, aus denen sich die Einschränkungen der Aktivitäten des täglichen Lebens und deren Dauer ergeben, zum Beispiel Pflegegutachten.

Aplastische Anämie (Blutbildungsstörung)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine schwere aplastische Anämie diagnostiziert wurde, die mindestens eine der folgenden Behandlungen erforderlich macht:

- Blutbestandteilübertragung
- Knochenmarktransplantation
- immunsystemunterdrückende Behandlung
- knochenmarkstimulierende Medikamente

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Internisten, aus denen sich die Diagnose einer schweren aplastischen Anämie sowie deren Behandlung ergeben.

Asbestose

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person

- eine Asbestose diagnostiziert wurde und
- ein Tiffeneau-Test (Atemstoßtest) eine Lungenfunktionsstörung mit einer Einsekundenkapazität FEV1 (forciertes expiratorisches Volumen in der 1. Sekunde) von dauerhaft weniger als 1 Liter ergibt.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Facharztes für Lungenerkrankungen, aus dem sich die Diagnose einer Asbestose und der beschriebene Lungenfunktionswert ergeben.

Berufsbedingte Hepatitis C

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Versicherungsbeginn eine Hepatitis-C-Infektion diagnostiziert wurde, welche

- a) durch eine Verletzung oder
- b) durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit während der Ausübung der Berufstätigkeit in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben wurde:

- Ärzte/Ärztinnen
- Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Heilpraktiker/-innen
- Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
- Krankenschwestern und -pfleger
- Arzthelferinnen und -helfer
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Zahnarzthelferinnen und -helfer
- Sanitäter/-innen
- Personal in medizinischen Labors
- Polizisten/Polizistinnen und Angehörige der Bundespolizei
- Pharmazeuten/Pharmazeutinnen
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Gefängnispersonal
- Hebammen/Geburtshelfer
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Krankenhauspersonal
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Personal bei Beerdigungsinstituten
- Altenpfleger/Altenpflegerinnen

- c) die als Berufskrankheit von der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 9 SGB VII i. V. m. Nr. 3101 der Anlage zu § 1 der Berufskrankheiten-Verordnung [BKV] oder der Unfallkasse [§ 31 Abs. 3 BeamtVG]) der versicherten Person anerkannt wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Unterlagen der Unfallversicherung oder der Unfallkasse, aus denen sich die Anerkennung einer Hepatitis-C-Infektion als Berufskrankheit ergibt.

Funktionsverlust zweier Gliedmaßen

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person zwei Gliedmaßen, also entweder

- zwei Arme,
- zwei Beine oder
- ein Arm und ein Bein,

jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks nicht wiederherstellbar abgetrennt sind oder ihre Funktion dauerhaft und vollständig verloren haben

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Amputation vorgenommen oder behandelt wurde, oder
- Befundbericht des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus dem sich der vollständige und dauerhafte Funktionsverlust von zwei Gliedmaßen ergibt.

HIV-Infektion als Folge eines körperlichen Übergriffs

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine HIV-Infektion durch einen körperlichen Übergriff

- in einem der folgenden Länder stattfand: Belgien, Bulgarien, Dänemark, Deutschland, Estland, Finnland, Frankreich, Griechenland, Großbritannien, Irland, Italien, Japan, Kanada, Kroatien, Lettland, Liechtenstein, Litauen, Luxemburg, Malta, Niederlande, Norwegen, Österreich, Polen, Portugal, Rumänien, Schweden, Schweiz, Slowakei, Slowenien, Spanien, Tschechien, Ungarn, Zypern, Vereinigte Staaten von Amerika, Australien oder Neuseeland, und
- der Übergriff der Polizei gemeldet und von dieser dokumentiert wurde,
- ein negativer HIV-Antikörpertest nach dem Übergriff belegt, dass die Infektion nicht bereits vor diesem bestand, und
- ein weiterer HIV-Test innerhalb von 12 Monaten nach dem Übergriff erstmals positiv war.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Arztes, aus dem sich die Diagnose und die Ergebnisse der Blutuntersuchungen ergeben, und
- Ermittlungsakte der Polizei oder Staatsanwaltschaft, aus der sich die Meldung des körperlichen Übergriffs ergibt.

HIV-Infektion durch Bluttransfusion

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Abschluss des Versicherungsvertrags eine Infektion mit dem HI-Virus über eine Bluttransfusion durch eine offiziell registrierte und von den Gesundheitsbehörden anerkannte und autorisierte Institution erfolgte. Zusätzlich muss ein HIV-Test innerhalb von 6 Monaten nach dem Erhalt der Bluttransfusion laborchemisch erstmals positiv sein (Serokonversion).

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Arztes, aus dem sich die Diagnose, die Ergebnisse der Blutuntersuchungen und die Infektion über die Bluttransfusion ergeben.

HIV-Infektion erworben als Folge bestimmter beruflicher Tätigkeiten

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person nach Versicherungsbeginn eine HIV-Infektion diagnostiziert wurde, welche

- a) durch eine Verletzung oder
- b) durch Umgang mit Blut oder einer bluthaltigen Körperflüssigkeit während der Ausübung der Berufstätigkeit in den nachstehend aufgeführten Berufen erworben wurde:

- Ärzte/Ärztinnen,
- Zahnärzte/Zahnärztinnen
- Heilpraktiker/-innen
- Medizinisch-technische Assistentinnen und Assistenten
- Krankenschwestern und -pfleger
- Arzthelferinnen und -helfer
- Küchenpersonal im Krankenhaus
- Zahnarzthelferinnen und -helfer
- Sanitäter/-innen
- Personal in medizinischen Labors
- Polizisten/Polizistinnen und Angehörige der Bundespolizei
- Pharmazeuten/Pharmazeutinnen
- Feuerwehrleute und Angehörige der freiwilligen Feuerwehr
- Gefängnispersonal
- Hebammen/Geburtshelfer
- Wäschereipersonal im Krankenhaus
- Krankenhaushilfspersonal
- Reinigungspersonal im Krankenhaus
- Personal bei Beerdigungsinstituten
- Altenpfleger/Altenpflegerinnen

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Unterlagen der Unfallversicherung oder der Unfallkasse, aus denen sich das Anerkennen einer HIV-Infektion als Berufskrankheit ergibt.

Was ist versichert?	c) die als Berufskrankheit von der gesetzlichen Unfallversicherung (§ 9 SGB VII i. V. m. Nr. 3101 der Anlage zu § 1 der Berufskrankheiten-Verordnung [BKV] oder der Unfallkasse [§ 31 Abs. 3 BeamtVG]) der versicherten Person anerkannt wurde.
----------------------------	---

Intensivpflege mit künstlicher Beatmung über einen Zeitraum von mehr als 10 Tagen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person mehr als 10 Tage aufgrund einer Atemstörung ununterbrochen invasiv, also mittels Intubation, durch einen Ventilator beatmet wurde und 14 Tage nach Beginn der Beatmung überlebt.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht oder Durchgangsbericht der Klinik, in der die Beatmung erfolgte.
Was ist nicht versichert?	<p>Sie erhalten keine Leistung, wenn die versicherte Person nicht invasiv bzw. lediglich unterstützend beatmet wurde.</p> <p>Sie erhalten keine Leistung, wenn die Beatmung aufgrund einer von der WHO (World Health Organisation) als Pandemie eingestuftten Erkrankung erfolgt.</p>	

Koma

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Zustand tiefer Bewusstlosigkeit bzw. das Versagen der nicht vitalen Hirnfunktionen ohne Reaktion auf externe Reize eingetreten ist, welcher 96 Stunden ununterbrochen bestand und in dieser Zeit den Einsatz von lebenserhaltenden Systemen (z. B. Beatmung) erforderte.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher das Koma behandelt wurde, aus dem sich die Behandlung ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei ärztlich induziertem, künstlichem Koma.	

Schwere Kopfverletzung

Was ist versichert?	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person plötzlich ein von außen auf den Körper einwirkendes unfreiwilliges Ereignis (Unfall) unmittelbar zu einer Kopfverletzung und einer Schädigung des Gehirns mit dauerhaften</p> <p>a) neurologischen Ausfällen (z. B. Hörstörungen, Sehstörungen, Gefühlsstörungen, Sprechstörungen, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder</p> <p>b) gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten führt.</p>	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können benötigen wir, neben den nach § 20 notwendigen Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die traumatische Kopfverletzung behandelt wurde, — Unfallbericht und — alle Befundberichte des behandelnden Neurologen oder Psychiaters, aus denen sich die dauerhaften neurologischen Ausfälle ergeben.
----------------------------	---	---

Schwere Verbrennungen, Erfrierungen und Verätzungen

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person durch ein einzelnes Ereignis a) eine Verbrennung dritten Grades oder b) ein Hautschaden dritten Grades durch Kälte oder Verätzung, jeweils an mindestens 9 % der Körperoberfläche, entstanden ist.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Hautverletzung behandelt wurde.
----------------------------	--	---

Schwerer Unfall

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person schwer verunfallt ist und folgende Kriterien erfüllt sind: Ein plötzlich von außen auf den Körper der versicherten Person einwirkendes Ereignis (Unfall) führt unmittelbar zu einem der folgenden Kriterien: — dem dauerhaften und vollständigen Verlust der Gebrauchsfähigkeit mindestens a) eines Arms und eines Beins oder b) beider Arme oder beider Beine, jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks, oder — einer schweren Kopfverletzung mit Hirnschädigung und dauerhaften neurologischen Ausfällen (z. B. Hör-, Seh-, Gefühls-, Sprech-, Schluckstörungen, Lähmungen, Gehstörungen, Krampfanfällen) oder — tiefer Bewusstlosigkeit von mindestens 96 Stunden Dauer ohne Reaktion auf externe Reize als unmittelbare Folge des Unfalls.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die versicherte Person wegen des schweren Unfalls behandelt wurde, aus dem sich die Behandlung und die Auswirkungen des Unfalls ergeben.
Was ist nicht versichert?	Ein künstliches, induziertes Koma ist ausgeschlossen.	

Sprachverlust

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person aufgrund einer Schädigung oder Erkrankung der Stimmbänder, für mindestens 2 Monate durchgehend die Fähigkeit verloren hat, sich mit Worten einem Dritten gegenüber verständlich zu machen und dies auch nicht durch zumutbare technische oder medizinische Maßnahmen wiederhergestellt werden kann.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — Befundbericht des behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Arztes, aus dem sich der Sprachverlust sowie dessen Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn der Sprachverlust auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

Systemischer Lupus erythematoses

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person durch einen Rheumatologen ein systemischer Lupus erythematoses gesichert diagnostiziert wurde und das Herz, das zentrale Nervensystem oder die Nieren betroffen sind.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Rheumatologen, aus denen sich die Diagnose des systemischen Lupus erythematoses ergibt sowie die Tatsache, welche Organe betroffen sind.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei Diagnose eines diskoiden Lupus erythematoses.	

Transplantation von Knochenmark

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person auf eine offizielle Warteliste für den Erhalt einer Transplantation von fremdem (allogenen) Knochenmark aufgenommen wurde und ein Facharzt die medizinische Notwendigkeit der Transplantation von Knochenmark bestätigt hat. Gleiches gilt, wenn eine Transplantation von fremdem (allogenen) Knochenmark durchgeführt wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht Ihres behandelnden Arztes, aus dem sich die Erkrankung und die Notwendigkeit einer Knochenmarktransplantation ergeben, sowie — Bestätigung der Aufnahme in eine Warteliste für den Empfang einer Knochenmarkspende.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für die Transplantation von eigenem Knochenmark.	

Verlust der Hörfähigkeit (Taubheit)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person, <ul style="list-style-type: none"> — auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel, wie eines optimal angepassten Hörgeräts, oder anderer zumutbarer medizinischer Maßnahmen, — ein dauerhafter Hörverlust auf beiden Ohren von 80 Dezibel oder mehr im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes zwischen 500 Hertz und 3 Kilohertz besteht. 	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Hals-Nasen-Ohren-Arztes, aus dem sich der Hörverlust und dessen Ursache ergeben.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung, wenn der Hörverlust auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.	

Verlust der Sehfähigkeit (Blindheit)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person,

- auch unter Verwendung verordneter Hilfsmittel oder zumutbarer Heilbehandlungen,
- voraussichtlich dauerhaft jeweils auf dem besseren, voll korrigierten Auge entweder
 - a) ein Restsehvermögen von maximal 3/60 (0,05) Visus diagnostiziert wurde oder
 - b) das Gesichtsfeld auf maximal 15 Visus vom Zentrum in alle Richtungen begrenzt ist.

Was ist nicht versichert?

Sie erhalten keine Leistung, wenn die Einschränkung der Sehfähigkeit auf psychischen oder psychogenen Ursachen beruht.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Augenarztes, aus dem sich der Visus oder das Gesichtsfeld ergibt.

ANLAGE 2

ZU DEN VERSICHERUNGSBEDINGUNGEN FÜR DIE SCHWERE KRANKHEITEN VORSORGE DER CANADA LIFE ERWEITERTER KRANKHEITENKATALOG

Allgemeine Hinweise:

Diese Anlage 2 – Erweiterter Krankheitenkatalog – ist Bestandteil der Versicherungsbedingungen der Schwere Krankheiten Vorsorge von Canada Life und gilt nur, wenn der Erweiterte Krankheitenkatalog als Zusatzoption gemäß § 7 Absatz 1 a) der Versicherungsbedingungen vereinbart wurde.

Die in den folgenden Definitionen für schwere Krankheiten genannten Ärzte bzw. Fachärzte müssen die Voraussetzungen für qualifizierte Ärzte im Sinne von § 20 Absatz 11 der Versicherungsbedingungen erfüllen, um für Zwecke der Versicherungsbedingungen und dieser Anlage 2 anerkannt zu werden.

In dieser Anlage 2 führen wir auf, wann unsere Leistungspflicht bei bestimmten schweren Krankheiten ausgeschlossen oder eingeschränkt ist. Bitte beachten Sie, dass unsere Leistungspflicht auch nach § 10 der Versicherungsbedingungen ausgeschlossen oder eingeschränkt sein kann.

— Andere niedrigmaligne Karzinome	— Karotisstenose (Endarteriektomie oder Angioplastie bei Verengung der Halsschlagader)	— Schwere Sehstörung oder Blindheit (ein Auge)
— Angioplastie am Herzen	— Künstlicher Darmausgang/ künstlicher Harnblasenausgang	— Schwere ulzerative Colitis
— Augeninfarkt	— Lobektomie (Entfernung eines Lungenlappens)	— Schwerer Morbus Crohn
— Blasenentfernung	— Makuladegeneration	— Syringomyelie/Syringobulbie (Höhlenbildung im Rückenmark)
— Diabetes mellitus Typ 1	— Medikamentenresistente Epilepsie	— Transkatheter-Aortenklappenimplantation
— Duktales Mammakarzinom in situ	— Niedrigrisiko-Prostatakrebs	— Transverse Myelitis (Rückenmarksentzündung)
— Entfernung eines Augapfels	— Ösophaguskarzinom in situ	— Verlust von Hand oder Fuß
— Fehlbildung der Hirnarterien	— Schizophrenie	
— Fortgeschrittenes Glaukom		
— Hirnabszess mit erforderlicher Operation		

Erläuterung Wartezeiten

Was ist eine Wartezeit?

Bei einer schweren Krankheit mit Wartezeit erhalten Sie eine Leistung, wenn die Erkrankung oder die Notwendigkeit einer Behandlung 3 bzw. 6 Monate nach Versicherungsbeginn diagnostiziert wurde. Falls Sie die Versicherungssumme erhöhen, gilt diese Wartezeit erneut für den Betrag der Erhöhung. Die entsprechende Regelung hierzu finden Sie in § 7 Absatz 1 a) der Versicherungsbedingungen.

Diese 6 schweren Krankheiten des Erweiterten Krankheitenkatalogs beinhalten eine Wartezeit von 6 Monaten bzw. 3 Monaten:

- Angioplastie am Herzen (Wartezeit 3 Monate)
- Transkatheter-Aortenklappenimplantation (Wartezeit 3 Monate)
- Ösophaguskarzinom in situ (Wartezeit 6 Monate)
- Niedrigmaligne Karzinome (Wartezeit 6 Monate)
- Duktales Mammakarzinom in situ (DCIS) (Wartezeit 6 Monate)
- Invasives Prostatakarzinom (Wartezeit 6 Monate)

Andere niedrigmaligne Karzinome

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose eines der genannten niedrigmalignen Karzinome sind mindestens 6 Monate vergangen.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histopathologisch gesicherte Diagnose ergibt.
Was ist versichert?	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund einer der folgenden niedrigmalignen Tumore diagnostiziert wurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> — maligne Melanome im Stadium IA oder IB AJCC 8. Edition — kolorektale Karzinome im UICC Stadium I AJCC/UICC 8. Edition — Harnblasenkarzinome im Stadium I nach AJCC 8. Edition — Gebärmutterkarzinome im Stadium IA1 und IA2 AJCC/UICC 8. Edition 	
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung für die Diagnose eines Karzinoms in einem früheren als dem jeweils beschriebenen Stadium, also insbesondere eines solchen im Stadium 0, 0is, in situ (Tis) oder Ta.	

Angioplastie am Herzen

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der erstmaligen Diagnose zur Notwendigkeit einer Angioplastie liegen mindestens 3 Monate.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — Befundbericht des behandelnden Kardiologen, aus dem sich die genannten Werte ergeben, und — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Angioplastie durchgeführt wurde.
Was ist versichert?	<p>Sie erhalten eine Leistung, wenn bei einer Herzkranzarterie der versicherten Person einer der folgenden Werte diagnostiziert wurde:</p> <ul style="list-style-type: none"> — Verengung zu mehr als 70 % oder — fraktionelle Flussreserve $\leq 0,8$ oder — iFR (instantaneous wave-free ratio) $\leq 0,89$ und eine Angioplastie durchgeführt wurde. 	

Augeninfarkt

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Augeninfarkt (anteriore ischämische Optikusneuropathie [AION]) diagnostiziert wurde und dadurch eine dauerhafte Sehstörung auf mindestens einem Auge verbleibt.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: <ul style="list-style-type: none"> — alle Befundberichte des behandelnden Augenarztes.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei einem Verschluss einer Netzhautvene (Augenvenenthrombose), einer Verletzung der Netzhaut oder des Sehnervs durch ein traumatisches Ereignis bzw. einen Unfall.	

Blasenentfernung (Zystektomie)

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn die Harnblase der versicherten Person operativ komplett entfernt wurde (Zystektomie).	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde.
Was ist nicht versichert?	Alle Entfernungen (Zystektomien), welche die Harnblase nicht betreffen, sind nicht versichert.	

Diabetes mellitus Typ 1

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Diabetes mellitus Typ 1 diagnostiziert wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — alle Befundberichte des behandelnden Diabetologen, aus denen sich die Diagnose des Diabetes mellitus Typ 1 ergibt.
Was ist nicht versichert?	Sie erhalten keine Leistung bei — Gestationsdiabetes (Schwangerschaftsdiabetes), — Typ-2-Diabetes oder — latent autoimmuner Diabetes (LADA) im Erwachsenenalter.	

Duktales Mammakarzinom in situ (DCIS)

Wartezeit	Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose eines duktales Mammakarzinoms in situ sind mindestens 6 Monate vergangen.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histopathologisch gesicherte Diagnose ergibt, sowie — Entlassungsbericht der Klinik, in der eine der genannten Operationen durchgeführt wurde.
Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund ein duktales Mammakarzinom in situ diagnostiziert und entfernt wurde durch — Mastektomie, — Teilmastektomie, — Segmentektomie oder — Lumpektomie.	

Entfernung eines Augapfels

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Augapfel operativ komplett entfernt wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde.
----------------------------	---	---

Fehlbildung der Hirnarterien

Was ist versichert?	Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine arteriovenöse Fistel oder eine sonstige zerebrale arteriovenöse Missbildung mittels Kraniotomie oder endovaskulärer Therapie unter Verwendung von Coils behandelt wurde.	Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur: — Befundbericht des behandelnden Neurologen oder Neurochirurgen, aus dem sich die Erkrankung, bestätigt durch Angiografie, CT (Computertomografie) oder MRT (Magnetresonanztomografie), ergibt, und — Entlassungsbericht der Klinik, in der die Behandlung durchgeführt wurde.
----------------------------	--	---

Fortgeschrittenes Glaukom (Grüner Star)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein Glaukom (Grüner Star) diagnostiziert wurde und das Gesichtsfeld auch unter Verwendung von Sehhilfen auf einem Auge in keiner Richtung mehr als 30 Grad vom Zentrum beträgt.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Augenarztes, aus dem sich die Diagnose des Glaukoms (Grüner Star) und das gemessene Gesichtsfeld ergeben.

Hirnabszess mit erforderlicher Operation (Kraniotomie)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels Kraniotomie ein intrazerebraler Abszess innerhalb des Hirngewebes behandelt wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich ergibt, dass der Hirnabszess mittels CT (Computertomografie) oder MRT (Magnetresonanztomografie) nachgewiesen wurde, sowie
- Entlassungsbericht der Klinik, in der die Kraniotomie durchgeführt wurde.

Karotisstenose (Endarteriektomie oder Angioplastie bei Verengung der Halsschlagader)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person zur Behandlung einer mindestens 70%-Karotisstenose eine Endarteriektomie oder Angioplastie durchgeführt wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Kardiologen oder Entlassungsbericht der Klinik, aus dem sich die Verengung der Karotis (Halsschlagader) und die Behandlung ergeben.

Künstlicher Darmausgang / künstlicher Harnblasenausgang

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person operativ ein künstlicher Darmausgang (Anus praeter) oder ein künstlicher Harnblasenausgang (Urostoma) gebildet worden ist und dieser voraussichtlich dauerhaft verbleibt.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Entlassungsbericht der Klinik, in der der Eingriff vorgenommen wurde,
- alle Befundberichte, aus denen sich ergibt, dass eine Rückverlegung voraussichtlich nicht möglich ist.

Lobektomie (Entfernung eines Lungenlappens)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person aufgrund einer Krankheit oder Verletzung ein ganzer Lungenlappen operativ entfernt worden ist.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Entlassungsbericht der Klinik, in der die Operation durchgeführt wurde.

Was ist nicht versichert?

Sie erhalten jedoch keine Leistung, wenn lediglich ein Lungenlappen nur teilweise entfernt (Segment- oder Keilresektion) oder eine andere Operation an der Lunge vorgenommen worden ist (insbesondere eine Pneumektomie).

Makuladegeneration

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Makuladegeneration diagnostiziert wurde und auch unter Verwendung von Sehhilfen auf mindestens einem Auge nur eine Sehschärfe von 20 % vorliegt.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Augenarztes, aus dem sich die Diagnose der Makuladegeneration und die gemessene Sehschärfe ergeben

Medikamentenresistente Epilepsie

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person zur Behandlung einer Epilepsie (spontan auftretendes Ausfallleiden) ein epilepsiechirurgischer Eingriff am Gehirn durchgeführt wurde, um Gewebe zu entfernen.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen, aus dem sich die Diagnose der medikamentenresistenten Epilepsie ergibt, sowie
- Entlassungsbericht der Klinik, in der der chirurgische Eingriff durchgeführt wurde.

Was ist nicht versichert?

Sie erhalten keine Leistung, wenn eine Operation zur tiefen Hirnstimulation vorgenommen wurde.

Niedrigrisiko Prostatakrebs

Wartezeit

Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose eines Prostatakarzinoms sind mindestens 6 Monate vergangen.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histologisch gesicherte Diagnose des invasiven Prostatakarzinoms ergibt, sowie
- Entlassungsbericht der Klinik, in der eine der genannten Behandlungen durchgeführt wurde.

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund ein invasives Prostatakarzinom im Stadium I AJCC/UICC 8. Edition diagnostiziert und eine Behandlung durchgeführt wurde mittels

- Prostatektomie,
- externer Strahlentherapie oder
- interstitieller Therapie oder Brachytherapie.

Ösophaguskarzinom in situ

Wartezeit

Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose des Ösophaguskarzinoms in situ sind mindestens 6 Monate vergangen.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Onkologen, aus dem sich die histopathologisch gesicherte Diagnose des Ösophaguskarzinoms in situ ergibt, sowie
- Entlassungsbericht der Klinik, welche die operative Behandlung vorgenommen hat.

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person mittels histologischem Befund ein Carcinoma in situ des Ösophagus (Speiseröhre) diagnostiziert und durch Entfernung eines Teils oder des gesamten Ösophagus behandelt wurde.

Was ist nicht versichert?

Sie erhalten keine Leistung bei endoskopischer Entfernung oberflächlicher Anteile der Speiseröhrenscheidhaut unter Erhalt der Speiseröhre.

Schizophrenie

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn ein Facharzt für Psychiatrie bei der versicherten Person die Diagnose einer Schizophrenie gemäß ICD 10 Version 2016 F20 gestellt hat und

- die versicherte Person deswegen mindestens 14 Tage durchgehend in einer psychiatrischen Klinik stationär oder
- 1 Jahr durchgehend medikamentös mit Antipsychotika oder Neuroleptika behandelt wurde.

Was ist nicht versichert?

Sie erhalten keine Leistung, wenn die Erkrankung auf eine Psychose ohne zugrunde liegende psychische Erkrankung vorliegt.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Psychiaters, aus dem sich die Diagnose der Schizophrenie ergibt, sowie
- Entlassungsbericht der Klinik, in der die versicherte Person behandelt wurde, oder
- weitere Befundberichte des behandelnden Psychiaters, aus denen sich die durchgehende medikamentöse Behandlung über 1 Jahr ergibt.

Schwere Sehstörung oder Blindheit (ein Auge)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn die versicherte Person auf einem Auge, auch unter Verwendung von Sehhilfen, nur eine Sehschärfe von 5 % oder weniger erreicht oder das Gesichtsfeld auf einem Auge auf maximal 10 Grad vom Zentrum beschränkt ist.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Augenarztes, aus denen sich die Sehschärfe und das Sehfeld ergeben.

Schwere ulzerative Colitis

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine schwere Colitis ulcerosa, eine chronische Erkrankung des Dick- oder Mastdarms, diagnostiziert und diese mittels totaler Kolektomie (Entfernung des gesamten Dick- oder Mastdarms) behandelt wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Gastroenterologen, aus dem sich die Diagnose der Colitis ulcerosa ergibt, sowie
- Entlassungsbericht der Klinik, in der die totale Kolektomie durchgeführt wurde.

Schwerer Morbus Crohn

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person ein schwerer Morbus Crohn (eine chronisch-entzündliche Darmerkrankung) mit zwei oder mehr Darmsegmententfernungen zu unterschiedlichen Zeitpunkten behandelt wurde.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Gastroenterologen, aus denen sich ergeben muss, dass die Diagnose den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) entspricht, ebenso die erforderlichen und durchgeführten Behandlungen.

Syringomyelie/Syringobulbie (Höhlenbildung im Rückenmark)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Syringomyelie (Höhlenbildung im Rückenmark) oder Syringobulbie (Höhlenbildung im Hals- und Brustmark) diagnostiziert wurde, die operativ behandelt wurde oder den Einsatz eines dauerhaften Drainage-Shunts notwendig machte.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Neurologen mit der geforderten Diagnose und die Bestätigung der Erkrankung mittels MRT (Magnetresonanztomografie) und Liquorbefund.

Transkatheter-Aortenklappenimplantation

Wartezeit

Zwischen Beginn des Versicherungsschutzes und der ersten Diagnose der Notwendigkeit der Transkatheter-Aortenklappenimplantation sind mindestens 3 Monate vergangen.

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Transkatheter-Aortenklappenimplantation (TAVI) vorgenommen wurde, um eine Herzklappe zu ersetzen.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Befundbericht des behandelnden Kardiologen, aus dem sich die Notwendigkeit der TAVI und das Datum des ersten Vorschlags der Behandlung mittels TAVI ergibt.

Transverse Myelitis (Rückenmarksentzündung)

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn der behandelnde Neurologe bei der versicherten Person eine Transverse Myelitis diagnostizierte und mindestens eine der folgenden neurologischen Einschränkungen für 3 Monate durchgehend vorlag:

- nachgewiesene Schwäche in mindestens einer Extremität
- Blasen- oder Mastdarmstörungen

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- alle Befundberichte des behandelnden Neurologen, aus denen sich die Diagnose Transverse Myelitis sowie die durchgehenden Einschränkungen ergeben.

Verlust von Hand oder Fuß

Was ist versichert?

Sie erhalten eine Leistung, wenn bei der versicherten Person eine Gliedmaße, also entweder

- ein Arm oder
- ein Bein,

jeweils oberhalb des Hand- oder Fußgelenks, nicht wiederherstellbar abgetrennt ist oder seine Funktion dauerhaft und vollständig verloren hat.

Um mit der Leistungsprüfung beginnen zu können, benötigen wir, neben den nach § 20 aufgeführten Unterlagen, zunächst nur:

- Entlassungsbericht der Klinik, in welcher die Amputation vorgenommen oder behandelt wurde,
- Befundbericht des behandelnden Internisten oder Neurologen, aus dem sich der vollständige und dauerhafte Funktionsverlust einer Gliedmaße ergibt.

Canada Life Assurance Europe plc, Niederlassung für Deutschland

Hohenzollernring 72, 50672 Köln, HRB 34058, AG Köln

Postanschrift: Canada Life Assurance Europe plc

Postfach 1763, 63237 Neu-Isenburg

Telefon: 06102-306-1800, Telefax: 06102-306-1801

kundenservice@canadalife.de, www.canadalife.de

Hauptsitz: Canada Life Assurance Europe plc

14/15 Lower Abbey Street, Dublin 1, Ireland

Eingetragener Firmensitz in Irland Nr. 297731

HypoVereinsbank München,

IBAN DE69 7002 0270 0062 3244 06, BIC HYVEDEMMXXX

Vorstand:

William L. Acton (Vorstandsvorsitzender, kanadisch), Bernard Collins (irisch),

Sylvia Cronin (irisch), Markus Drews (deutsch), Hans-Gerd Lindlahr (deutsch),

Rose McHugh (irisch), Kevin Murphy (irisch)

Hauptbevollmächtigter der deutschen Niederlassung: Magnus Baumhauer (deutsch)

Canada Life Assurance Europe plc unterliegt der allgemeinen

Aufsicht der Central Bank of Ireland und der Rechtsaufsicht

der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin).