



Eagle Star Krankheits-Schutzbrief

DIE WICHTIGSTEN FRAGEN UND ANTWORTEN ZUM EAGLE STAR KRANKHEITS-SCHUTZBRIEF



Hermann Müller

Großhaderner Str. 19

81375 München

Telefon (089) 740 141 - 10

Telefax (089) 740 141 - 15

Herausgeber:

Zurich Gruppe Deutschland

LO-PMD-RP-PR

Stand Dezember 2013



FAQ Eagle Star Krankheits-Schutzbrief - Frage einfach anklicken

Produktmatrix: Übersicht zu den Produktfeatures.....	3
Wie wird das Produkt versteuert?.....	3
Wie ist "dauerhafte Erwerbsunfähigkeit" definiert? Gibt es dafür eine Einmalleistung?..3	
Werden die Beiträge für den verbleibenden Todesfallschutz reduziert, wenn die volle Leistung wg. schwerer Erkrankung ausgezahlt wurde?.....	4
Was passiert bei einer Erkrankung innerhalb der Wartezeit?	4
Wird die Frage nach dem Rauchverhalten analog Eagle Star Risikoleben behandelt?.....	4
Sind mehrere Verträge für eine versicherte Person abschließbar ?	4
Warum und in welcher Form erfolgt eine finanzielle Angemessenheitsprüfung?	4
Wie lange kann der Vertrag durch die Verlängerungsoption verlängert werden?	4
Wie hoch ist die Versicherungssumme für automatisch mitversicherte Kinder?.....	5
Wird in SI ein Deckungskapital aufgebaut?.....	5
Warum sind Teilleistungen mit dem Zusatz "max." versehen, wenn doch sowieso immer 15.000 EUR ausgezahlt werden?	5
Wird vorläufiger Versicherungsschutz angeboten?.....	5
Darf die Kündigung gemäß §17(6) auch dann ausgesprochen werden, wenn kein Vorsatz des Kunden vorliegt? Wird dieses Kündigungsrecht ausgeübt?.....	6
Was sind die häufigsten Auslöser, die zu Ausschlüssen führen (Hobby, Beruf, Sport)?.....	6
Es gibt Ausschlüsse bei den Tumoren bei HIV/Aids. Wer muss die Nachweise dafür erbringen?.....	6
Wird Hirntod als Tod gewertet?.....	6
Welche Unterlagen müssen bei einem Leistungsfall bzgl. Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden?.....	6
Welcher Arzt muss die Diagnose stellen?	7
Wer muss für Atteste im Leistungsfall zahlen?.....	7
Müssen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden?.....	7
Wie wahrscheinlich ist es, 6 mal hintereinander eine Teilleistung zu erhalten?.....	8
Ist ein Gutachter erforderlich?	8
Krebs gilt nach einigen Jahren als geheilt, wenn er nicht mehr aufgetreten ist. Wie wird im Rahmen der Risikoprüfung mit lange zurückliegenden Erkrankungen umgegangen?8	
Ist eine Änderung des Rauchverhaltens während der Vertragslaufzeit anzuzeigen?.....	8
Wie lange dauert die Antragsbearbeitung? Gibt es SL-Vereinbarungen?.....	8
Wer bearbeitet Voranfragen?	8
Warum wird im persönlichen Vorschlag ein „anfänglicher Beitrag“ ausgewiesen, obwohl es sich um garantierte Beiträge handelt?.....	9
Sind die Kosten im CL-Produkt anpassbar?.....	9

Produktmatrix: Übersicht zu den Produktfeatures

Features	Eagle Star Krankheits-Schutzbrief			Eagle Star Erweiterter Krankheits-Schutzbrief		
	Einzelleben	Verbundene Leben	DUAL	Einzelleben	Verbundene Leben	DUAL
Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit	optional für 1. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP und / oder 2. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP und / oder 2. VP
Erwerbsunfähigkeits-schutz	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und / oder 2. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und / oder 2. VP
Verlängerungsoption	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)
Dynamik	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)
Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung	frei wählbar innerhalb der Produkt-parameter	eine VS für 1. und 2. VP	unterschiedliche Summen für 1. und 2. VP möglich	frei wählbar innerhalb der Produkt-parameter	eine VS für 1. und 2. VP	unterschiedliche Summen für 1. und 2. VP möglich
Todesfallsumme	5.000 EUR	eine VS für 1. und 2. VP, 5.000 EUR	5.000 EUR pro VP	analog VS bei schwerer Erkrankung oder höher wählbar	eine VS für 1. und 2. VP, Höhe analog VS bei schwerer Erkrankung oder höher wählbar	pro VP wählbar in Höhe der VS bei schwerer Erkrankung oder höher

(Matrix auf letzter Seite des FAQ im Großformat)

Wie wird das Produkt versteuert?

Die Beiträge für den Eagle Star Krankheits-Schutzbrief können als Sonderausgaben abgezogen werden, soweit die Höchstbeträge für sonstige Vorsorgeaufwendungen nicht anderweitig ausgeschöpft sind. Die Leistungen sind einkommensteuerfrei. Bei Tod fällt gegebenenfalls Erbschaftsteuer an.

Wie ist "dauerhafte Erwerbsunfähigkeit" definiert? Gibt es dafür eine Einmalleistung?

Erwerbsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls voraussichtlich auf Dauer ununterbrochen außer Stande sein wird, mindestens 3 Stunden täglich eine Erwerbstätigkeit auszuüben. Gängige Rechtsprechung definiert "auf Dauer" als einen Zeitraum von mehr als 36 Monaten.

Die Regelungen der Wettbewerber sind unterschiedlich. So bietet ein Wettbewerber folgende Regelung an: "Erwerbsunfähigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person vor Vollendung des 60. Lebensjahrs infolge Krankheit [...] mindestens 6 Monate ununterbrochen nicht mehr in der Lage war, mehr als 3 Stunden täglich einer beliebigen Erwerbstätigkeit nachzugehen und für mindestens 18 Monate nach gesicherter ärztlicher Diagnose keine Besserung des Zustandes zu erwarten ist." Der Prognosezeitraum ist somit zwar kürzer (insgesamt 24 Monate; 6+18), aber der Anspruchsteller muss erst 6 Monate erwerbsunfähig sein, bevor eine Leistung erbracht

wird. Zurich zahlt sofort, wenn "dauerhaft" ärztlich bescheinigt wird. Des Weiteren versichert Zurich das Risiko der Erwerbsunfähigkeit bis zum 67. Lebensjahr.

Werden die Beiträge für den verbleibenden Todesfallschutz reduziert, wenn die volle Leistung wg. schwerer Erkrankung ausgezahlt wurde?

Wenn die vereinbarte Todesfallsumme größer ist als die versicherte Vollleistung bei schwerer Erkrankung, wird nach Zahlung der Vollleistung die vereinbarte Todesfallsumme um die gezahlte Vollleistung reduziert. Der Beitrag für den Todesfallschutz verändert sich im Verhältnis alter zu neuer Todesfallsumme.

Was passiert bei einer Erkrankung innerhalb der Wartezeit?

Die Erkrankung ist für die gesamte Laufzeit ausgeschlossen. Das heißt es besteht für diese Erkrankung kein Versicherungsschutz mehr.

Wird die Frage nach dem Rauchverhalten analog Eagle Star Risikoleben behandelt?

Der Eagle Star Krankheits-Schutzbrief wird analog Eagle Star Risikoleben geprüft und bewertet. Es wird weiterhin nach Zigaretten, Zigarillos, Zigarren etc. unterschieden und entsprechend des Konsums normal angenommen, bzw. bei Überschreiten eines Grenzwertes ein Zuschlag erhoben.

Sind mehrere Verträge für eine versicherte Person abschließbar ?

Theoretisch können mehrere Verträge auf das Leben einer Person abgeschlossen werden. Für die finanzielle und medizinische Risikoprüfung ist die Summe aller vereinbarten und hinzukommenden Summen relevant. Theoretisch ist es möglich, dass somit bei Teilleistungen mehrmals 15.000 EUR aus mehreren Verträgen fällig würden.

Warum und in welcher Form erfolgt eine finanzielle Angemessenheitsprüfung?

Eine finanzielle Angemessenheitsprüfung ist erforderlich, z.B. im Hinblick auf Überversorgung. Die Angemessenheitsprüfung erfolgt analog der Vorgehensweise für die Eagle Star RisikoLeben (siehe auch Untersuchungsgrenzen). Die Prüfung beginnt ab einer Absicherungshöhe (z.B. inkl. Vorversicherungen) von mehr als 500.000 EUR. Als Bemessungsgrundlage dient das individuelle Einkommen der versicherten Person.

Wie lange kann der Vertrag durch die Verlängerungsoption verlängert werden?

Die Vertragsverlängerung ist für jede versicherte Person, für die diese Option gilt, nur ein einziges Mal möglich. Der Versicherungsschutz kann um maximal 40 Jahre verlängert werden. Der Versicherungsschutz kann zudem maximal bis zu dem Zeitpunkt erstreckt werden, in dem die versicherte Person ihr 75. Lebensjahr vollendet hat. Abweichend hiervon kann der Versicherungsschutz aus den Zusatzbausteinen „Beitragsbefreiung bei mehr als dreimonatiger ununterbrochener Arbeitsunfähigkeit“, „Einmalleistung bei vollständiger und dauerhafter Erwerbsunfähigkeit und „Dynamikanpassung“ nur bis zu dem Zeitpunkt erstreckt werden, in dem die versicherte Person ihr 67. Lebensjahr vollendet hat.

Wie hoch ist die Versicherungssumme für automatisch mitversicherte Kinder?

Automatisch mitversicherte Kinder erhalten folgenden Versicherungsschutz (Details sind den AVB zu entnehmen):

- Todesfallsumme: 5.000 EUR
- Versicherungssumme für Vollerleistungen im Falle der schweren Erkrankung: 50% der Versicherungssumme für die versicherte Person, maximal 25.000 EUR
- Versicherungssumme für Teilleistungen im Falle der schweren Erkrankung: 7.500 EUR, max. die gültige Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung

Wird in SI ein Deckungskapital aufgebaut?

Deckungskapitalaufbau wie wir es z.B. aus der Berufsunfähigkeitsversicherung kennen, findet nicht statt, da die strengen Bilanzierungsregeln nach HGB nicht gelten. Die irischen Kollegen bilden auch Rückstellungen, mit der Deckungskapitalbildung nach deutschem Recht hat das allerdings wenig gemein. "Deckungskapitalverläufe" bilden wir nicht ab, zumal bei Kündigung bzw. Beitragsfreistellung auch keine Leistungen erbracht werden.

Warum sind Teilleistungen mit dem Zusatz "max." versehen, wenn doch sowieso immer 15.000 EUR ausgezahlt werden?

Werden mehrere Teilleistungen fällig, werden diese insgesamt bis zur Höhe der vereinbarten Vollerleistung erbracht. Da die Summe der Teilleistungen diesen Betrag rechnerisch überschreiten kann, wird die letzte Teilleistung entsprechend gekürzt.

Beispiel:

- vereinbarte Vollerleistung 50.000 EUR = Maximierung für die Teilleistungen
- Der Kunde hat bereits 3 Teilleistungen (insgesamt 45.000 EUR) erhalten.
- Der Kunde hat Anspruch auf eine 4. Teilleistung. Diese beträgt dann nur noch 5.000 EUR auf Grund der Maximierung: 45.000 EUR + 5.000 EUR = 50.000 EUR

Wird vorläufiger Versicherungsschutz angeboten?

Nein, vorläufiger Versicherungsschutz wird nicht angeboten.

Darf die Kündigung gemäß §17(6) auch dann ausgesprochen werden, wenn kein Vorsatz des Kunden vorliegt? Wird dieses Kündigungsrecht ausgeübt?

Ja, dieses Kündigungsrecht haben wir, sofern der Vertrag in Kenntnis der angezeigten Umstände von uns abgelehnt worden wäre (siehe § 17 Abs. 7). Eine Aussage darüber, ob wir von unserem Kündigungsrecht Gebrauch machen, hängt vom Einzelfall ab, i.d.R. werden wir von unserem Kündigungsrecht Gebrauch machen, da in den meisten Fällen auch die Geltendmachung von Leistungsansprüchen kurz bevor steht oder im Rahmen einer Leistungsfallprüfung eine Anzeigepflichtverletzung bekannt geworden ist.

Was sind die häufigsten Auslöser, die zu Ausschlüssen führen (Hobby, Beruf, Sport)?

Gefährliche Hobbies sind ohnehin per AVB ausgeschlossen. Die meisten Gründe für Ausschlussklauseln sind im Bereich von Vorerkrankungen zu finden (Multiple Sklerose, Blindheit, Schwerhörigkeit etc.).

Es gibt Ausschlüsse bei den Tumoren bei HIV/Aids. Wer muss die Nachweise dafür erbringen?

Jeder muss immer die ihm günstigen Tatsachen beweisen. Wenn also der Kunde den Anspruch auf die Leistung nachweist, weil bei ihm eine Tumorerkrankung diagnostiziert wurde, so muss Zurich beweisen, dass Zurich von der Leistung frei ist, weil die versicherte Person HIV-infiziert ist, und somit der Ausschluss gem. § 9 Ziff. 7 greift.

Wird Hirntod als Tod gewertet?

Um einen Anspruch auf Leistungen wegen Tod der versicherten Person geltend zu machen, muss die Sterbeurkunde bzw. die "Für-tot-Erklärung" (z. B. nach dem VerschollenheitsG) vorgelegt werden. Nach unserem Kenntnisstand wird der Tod erst mit Abschalten aller Maschinen bescheinigt.

Welche Unterlagen müssen bei einem Leistungsfall bzgl. Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit vorgelegt werden?

Werden Leistungen wegen Arbeitsunfähigkeit verlangt, so benötigt Zurich unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegebenenfalls gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und gegebenenfalls voraussichtliche Dauer des Leidens.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Anspruchsteller zu tragen.

Welcher Arzt muss die Diagnose stellen?

Die Diagnose muss von einem Facharzt gestellt werden.

Auszüge aus den AVB:

Werden Leistungen aufgrund einer schweren Erkrankung, Operation oder einer sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme gemäß Anhang A oder Anhang B verlangt, so benötigen wir unverzüglich folgende Unterlagen:

- den Versicherungsschein
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person oder das mitversicherte Kind gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art und Verlauf des Leidens
- weitere medizinische Unterlagen, die in den Anhängen A und B bei den betreffenden Erkrankungen, Operationen und medizinischen Maßnahmen genannt sind.

Erfordernis von Facharzt-Diagnosen und sonstigen medizinischen Nachweisen: In den beiden Anhängen A und B gibt es bei Bedarf Verweise auf von Fachärzten gestellte Diagnosen sowie sonstige medizinische Nachweise (beispielsweise histologische, bildgebende oder klinische Befunde), die sich an den spezifischen Kriterien der jeweiligen Erkrankung, Operation oder sonstigen medizinisch notwendigen Maßnahme orientieren. Sie bilden die Grundlage unserer Entscheidungsfindung und sind damit Voraussetzung für den Anspruch (vgl. § 1 Absatz 3 AVB).

In Zweifelsfällen werden wir die uns eingereichten Unterlagen unseren Gesellschaftsärzten/-ärztinnen zur Beurteilung vorlegen oder einen unabhängigen Gutachter einbeziehen.

Wer muss für Atteste im Leistungsfall zahlen?

Die Kosten für ärztliche oder sonstige Unterlagen, die zum Nachweis des Anspruchs auf die Leistung erforderlich sind, trägt der Anspruchsteller. Darüber hinaus können wir – dann allerdings auf unsere Kosten – zusätzliche Auskünfte (z. B. zur Sicherung des Prüfungsergebnisses) einholen.

Müssen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden?

Grundsätzlich ist in den Bedingungen festgelegt, dass die zum Nachweis erforderlichen Unterlagen/Untersuchungen von einem in der Bundesrepublik Deutschland niedergelassenen Arzt erstellt bzw. durchgeführt und zudem in deutscher Sprache abgefasst sein müssen. Ob ggf. hiervon abgewichen werden kann, ist im Einzelfall zu entscheiden.

Wie wahrscheinlich ist es, 6 mal hintereinander eine Teilleistung zu erhalten?

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Anspruchsteller 6 Teilleistungen erhält, ohne vorher die "Voraussetzungen" für eine Vollleistung zu erreichen, sind eher gering, aber theoretisch möglich.

Ist ein Gutachter erforderlich?

In Zweifelsfällen werden wir die uns eingereichten Unterlagen unseren Gesellschaftsärzten/-ärztinnen zur Beurteilung vorlegen oder einen unabhängigen Gutachter einbeziehen.

Krebs gilt nach einigen Jahren als geheilt, wenn er nicht mehr aufgetreten ist. Wie wird im Rahmen der Risikoprüfung mit lange zurückliegenden Erkrankungen umgegangen?

Die Risikoeinschätzung ist abhängig von der Art des Krebs (Schweregrad und Ausmaß der Erkrankung). Unter Umständen wäre ein Ausschlussklausel für spezifische Formen des Krebs (z.B. Hautkrebs, früh erkannt und entfernt, geringes Tumorstadium) möglich. In der Regel ist jedoch mit einer Ablehnung zu rechnen.

Ein Totalausschluss von Krebs ist aufgrund der Wichtigkeit des Leistungsauslösers nicht automatisch möglich.

Ist eine Änderung des Rauchverhaltens während der Vertragslaufzeit anzuzeigen?

Nein, eine Änderung des Rauchverhaltens ist nicht anzeigepflichtig. Ebenso ist auch eine Besserstellung nicht möglich, wenn z.B. ein Raucher zum Nichtraucher wird.

Wie lange dauert die Antragsbearbeitung?

Die Antragsbearbeitung ist abhängig von dem individuellen Risiko (z.B. Vorerkrankungen) und der individuellen Vertragsgestaltung (z.B. Untersuchungsgrenzen). So werden bei Bedarf weitere Unterlagen erforderlich und der Antrag kann unter Umständen nicht direkt angenommen werden.

Wer bearbeitet Voranfragen?

Voranfragen werden von den Kollegen in Dublin bearbeitet. Voranfragen können an folgende Adresse geschickt werden: risikopruefung@zurich.com

Warum wird im persönlichen Vorschlag ein „anfänglicher Beitrag“ ausgewiesen, obwohl es sich um garantierte Beiträge handelt?

Der Begriff „anfänglicher Beitrag“ wird immer dann ausgewiesen, wenn der Kunde die dynamische Anpassung beantragt hat, da sich dann der Beitrag in der Zukunft ändern kann, sofern er der dynamischen Anpassung nicht widerspricht.

Sind die Kosten im CL-Produkt anpassbar?

Ja, sh. §31 und §32 der AVB (CL), Auszug aus den AVB mit Stand Dezember 2012:

§31, 3b) Wir überprüfen jährlich [...] ob die bei Versicherungsbeginn [...] geltende Verwaltungsgebühr der Entwicklung der tatsächlichen Kosten entspricht. [...] Ändern sich diese Kosten [...] um mindestens 2%, passen wir die monatliche Verwaltungsgebühr im selben Verhältnis mit Wirkung für die Zukunft an.

§31, 4 Die Kosten für den Risikoschutz werden gemäß Absatz 7 durch die Streichung von Fondsanteilen an jedem Monatsanfang erhoben.

§31, 5 Wir können die Fondsverwaltungsgebühr erhöhen [...]

§32, 2 Die tatsächliche Wertentwicklung des Fonds und dadurch Ihres Anteilsguthabens ist aber nicht vorhersehbar und Änderungen der Kosten und Gebühren sind möglich.

§32, 5 Nach der Vertragsüberprüfung teilen wir Ihnen den ggf. geänderten Beitrag mit [...]

Features	Eagle Star Krankheits-Schutzbrief			Eagle Star Erweiterter Krankheits-Schutzbrief		
	Einzelleben	Verbundene Leben	DUAL	Einzelleben	Verbundene Leben	DUAL
Beitragsbefreiung bei Arbeitsunfähigkeit	optional für 1. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP und / oder 2. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP und / oder 2. VP
Erwerbsunfähigkeits-schutz	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und / oder 2. VP	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und / oder 2. VP
Verlängerungsoption	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)
Dynamik	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)	optional für 1. VP und 2. VP (beide oder keiner)
Versicherungssumme bei schwerer Erkrankung	frei wählbar innerhalb der Produkt-parameter	eine VS für 1. und 2. VP	unterschiedliche Summen für 1. und 2. VP möglich	frei wählbar innerhalb der Produkt-parameter	eine VS für 1. und 2. VP	unterschiedliche Summen für 1. und 2. VP möglich
Todesfallsumme	5.000 EUR	eine VS für 1. und 2. VP, 5.000 EUR	5.000 EUR pro VP	analog VS bei schwerer Erkrankung oder höher wählbar	eine VS für 1. und 2. VP, Höhe analog VS bei schwerer Erkrankung oder höher wählbar	pro VP wählbar in Höhe der VS bei schwerer Erkrankung oder höher