



# Detailanalyse: DreadDisease

Das ausgewählte Produkt erfüllt die gestellten Anforderungen wie folgt. Abweichungen sind durch "Vorgaben nicht erfüllt" gekennzeichnet.

Gesellschaft	Skandia Lebensversicherung AG	Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland	Gothaer Lebensversicherung AG
Produkte	(1)Dread Disease Tarif DDB12 Stand 01.2012	(1)DD Schwere Krankheiten Vorsorge Stand 08.2011	(1)Gothaer Perikon (FC12-3 Abs. schw. Krankheiten bis EA 70) Stand 05.2012
Info	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease
Leistungsausschluss bei Strahlen	nein	Strahlen aufgrund Kernenergie, bei berufsmäßigen Risiko oder bei Heilzwecken bleibt die Leistungspflicht bestehen	Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen gefährden oder schädigen und Maßnahmen durch eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbarer Einrichtungen erfordert
besondere Leistungsausschlüsse	keine besonderen Leistungsausschlüsse	keine besonderen Leistungsausschlüsse	keine besonderen Leistungsausschlüsse
Leistungsausschluss von Terrorakten, ABC-Waffen/ABC-Stoffen	ja, bei Einsatz oder Freisetzung von ABC-Waffen oder ABC-Stoffen oder anderer als Waffen eingesetzter Mittel mit vergleichbarem Gefährdungspotential (z.B. Sprengstoffe, Flugzeuge), sofern vorsätzlich, kein Kriegereignis, zweck-/zielgerichtet und aufgrund einer gesetzlichen Regelung für den Katastrophenfall der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder der Nato Response Force (NFR) erforderlich ist; gegen die Rechnungsgrundlagen laufend und mit Zustimmung eines unabhängigen Treuhänders	nein	bei vorsätzlichem Einsatz von ABC-Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von ABC-Stoffen, gegen die Rechnungsgrundlagen laufend, Zustimmung durch Treuhänder
unübliche Abweichungen vom Markt	keine	keine	keine
Meldefrist und rückwirkende Leistungen	entfällt, da keine Meldefrist	entfällt, da keine Meldefrist	entfällt, da keine Meldefrist
Rückwirkende Leistung bei unverschuldet verspäteter Meldung	entfällt, da keine Meldefrist	entfällt, da keine Meldefrist	entfällt, da keine Meldefrist
unübliche Regelungen zur Meldung	keine	keine	keine
Rücktrittsfrist ab Vertragsbeginn	5 Jahre, bei Vorsatz oder Arglist 10 Jahre	5 Jahre, bei Vorsatz oder Arglist 10 Jahre	5 Jahre, bei Vorsatz oder Arglist 10 Jahre
Rücktrittsfrist bei Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb der Frist	Rücktrittsfrist verlängert sich bei Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb der Frist	Rücktrittsfrist verlängert sich bei Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb der Frist	Rücktrittsfrist verlängert sich bei Eintritt des Versicherungsfalls innerhalb der Frist
<b>Leistungsspektrum : Leistungsspektrum Basis</b>			
Anspruchsvoraussetzungen bei einem Schlaganfall	mit eindeutiger Diagnose mittels Computer- oder Kernspintomographie eines deutschen oder in der EU praktizierenden Facharztes	Diagnose muss durch einen Neurologen, Internisten oder Intensivmediziner (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) und mittels CCT oder MRT nachgewiesen werden	mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der geforderten Diagnose mittels bildgebender Verfahren und neurologischem Defizit mit bestimmten körperlichen Beeinträchtigungen; neurologisches Defizit darf frühestens 3 Monate nach Schlaganfall attestiert werden
Besondere Einschränkungen bei der Diagnose Schlaganfall	nicht versichert sind flüchtige Hirndurchblutungsstörungen, die sich ohne Folgen zurückbilden (TIA)	nicht versichert sind flüchtige Hirndurchblutungsstörungen, die sich ohne Folgen zurückbilden (TIA)	keine besondere Regelung



# Detailanalyse: DreadDisease

Das ausgewählte Produkt erfüllt die gestellten Anforderungen wie folgt. Abweichungen sind durch "Vorgaben nicht erfüllt" gekennzeichnet.

Gesellschaft	Skandia Lebensversicherung AG	Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland	Gothaer Lebensversicherung AG
Produkte	(1)Dread Disease Tarif DDB12 Stand 01.2012	(1)DD Schwere Krankheiten Vorsorge Stand 08.2011	(1)Gothaer Perikon (FC12-3 Abs. schw. Krankheiten bis EA 70) Stand 05.2012
Info	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease
Leistungsanspruch bei schubförmigen Verlauf ohne Nachweis dauerhafter neurologischer Störungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> 20.000 EUR max. 50% der versicherten Leistung für schwere Krankheiten, wenn mehrere Schübe klar definierter multipler neurologischer Störungen, nicht aber ein ununterbrochener Zeitraum von sechs Monaten und die Kombination von Beeinträchtigungen vorliegt; Anteilsguthaben verringert sich um den ausgezahlten Betrag und es erfolgt eine Beitragsanpassung	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> bei alleinigem Nachweis von mindestens zwei Schüben wird eine Teilzahlung von 50% vorgenommen (max. 20.000 EUR), wenn geforderte neurologische Defizite nicht nachgewiesen werden können; Anpassung Beitragshöhe oder Versicherungsschutz sofern Beitrag für vereinbarten Versicherungsschutz nicht ausreicht
Leistungsanspruch bei dauerhaft neurologischen Störungen ohne Schübe	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, sofern mit nachweisbaren pathologischen Befunden in den zum Zeitpunkt des Leistungsantrages geltenden Diagnosetechniken und seit mindestens 6 Monaten bestehenden motorischen oder sensorischen Funktionsstörungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, sofern bei chronisch voranschreitendem Verlauf mindestens 1 Jahr ab Diagnosestellung vergangen ist und folgende neurologische Defizite vorliegen: Verlust des zentralen Sehens, oder dauerhafte (voraussichtlich 3 Jahre) Unfähigkeit, ohne Hilfe 200 Meter zu gehen, oder vorgefertigte Nahrung/Getränke aufzunehmen; Teilleistung von 50% (max. 20.000 EUR) sofern geforderte Defizite nicht vorliegen
Anspruchsvoraussetzungen bei Krebs	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit fachärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der ärztlichen Diagnose durch Vorlage des histologischen Befundes	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis aufgrund Gewebshistologie durch einen Arzt für Onkologie oder Pathologie, der in einem der folgenden Staaten eine gültige staatliche Zulassung als Arzt bzw. Facharzt besitzen und aktives Mitglied der dort ansässigen Ärztekammer ist: ein Mitgliedstaat der EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, die Schweiz und die USA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der ärztlichen Diagnose durch Vorlage des histologischen oder zytologischen Befundes
Wartezeit nach Vertragsbeginn, in der trotz Eintritt des Leistungsfalles kein Leistungsanspruch entsteht	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja, 3 Monate	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja, 6 Monate	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ja, 3 Monate
Besondere Einschränkungen bei der Diagnose "Krebs"	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nicht versichert sind Lymphomen und Kaposi-Sarkomen bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion, Vorstufen von Krebserkrankungen, sonstige praemaligne oder semimaligne Tumore, Prostata Tumore unter Stadium B (II) bzw. T2, alle Hauttumore außer invasive maligne Melanome	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nicht versichert sind Carcinoma in situ, Gebärmutterhalsveränderungen CIN-1, CIN-2, CIN-3, Prostatakrebs nach TNM T1a NO MO, T1b NO MO, maligne Melanome der Haut nach TNM T1a NO MO, T1b NO MO, T2a NO MO, Hyperkeratosen, Basaliome, Spinaliome, Tumorerkrankungen im Stadium I (falls keine Strahlen- oder Chemotherapie erforderlich ist) und Krebserkrankungen bei gleichzeitiger HIV-Infektion	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ausgeschlossen sind: carcinoma-in-situ oder praemaligne Formen, alle Hautkrebserkrankungen (maligne Melanome mit einer Tumordicke von mehr als 1,5mm sind versichert), Gebärmutterhalskrebs CIN-1, CIN-2, CIN-3; Frühformen des Prostatakarzinoms (TNM-Klassifikation T1), des Schilddrüsen- oder Blasenkrebs, der Leukämie und Morbus Hodgkin und Non-Hodgkin-Lymphome der Klasse 1; alle Tumore bei gleichzeitig bestehender HIV-Infektion
Leistungsanspruch bei Erkrankung an Krebs	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, durch Vorliegen eines histologisch nachgewiesenen malignen Tumors, der charakterisiert ist durch eigenständiges Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastarisierungstendenz	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, sofern bösartiger Tumor (einschließlich Leukämie, Tumore des Lymphsystems, Morbus Hodgkin, maligne Knochenmarkserkrankungen), für den unkontrolliertes Wachstum, die Vermehrung von Tumorzellen und die Einwanderung in gesundes Gewebe und dessen Zerstörung charakteristisch sind	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, durch Vorliegen eines histologisch nachgewiesenen malignen Tumors, der charakterisiert ist durch eigenständiges Wachstum, infiltrative Wachstumstendenz und Metastarisierungstendenz





# Detailanalyse: DreadDisease

Das ausgewählte Produkt erfüllt die gestellten Anforderungen wie folgt. Abweichungen sind durch "Vorgaben nicht erfüllt" gekennzeichnet.

Gesellschaft	Skandia Lebensversicherung AG	Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland	Gothaer Lebensversicherung AG
Produkte	(1)Dread Disease Tarif DDB12 Stand 01.2012	(1)DD Schwere Krankheiten Vorsorge Stand 08.2011	(1)Gothaer Perikon (FC12-3 Abs. schw. Krankheiten bis EA 70) Stand 05.2012
Info	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease
Anspruchsvoraussetzungen bei progressiver supranukleärer Blickparese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Diagnose muss durch einen Neurologen (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) mittels CCT, MRT, Liquoruntersuchung oder EEG nachgewiesen werden	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der geforderten Diagnose mittels klinischer, radiologischer und histologischer bzw. zytologischer Untersuchungen
Leistungsanspruch bei progressiver supranukleärer Blickparese	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Vorgaben nicht erfüllt	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, Erkrankung m. einem d. folgenden, dauerhaften (min. 3 Jahre) neurolog. Defizit: Unfähigkeit, ohne Hilfe 200 m zu gehen, o. vorbereitete essfertige Nahrung/Getränke aufzunehmen, o.sprachlich mit der Umwelt zu kommunizieren, od. Funktionsverlust einer kompl. Gliedmaße in ihrer Gesamtheit; Ausschlüsse: HIV-Infekt., 3. Lebensjahr nicht vollendet, psychiatrische Erkrankung, Verletzung/Druck Spinales Nervensystem, Erkrankung aufgr. Organversagen, Alkohol-, Gift-, Drogenkonsum, Selbsttötungsversuch
Anspruchsvoraussetzungen bei Muskeldystrophie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der geforderten Diagnose durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) mittels Muskelbiopsie oder anderer zum Zeitpunkt der Diagnosestellung nach geltenden Leitlinien der deutschen Gesellschaft für Neurologie geeigneten aktuellen Diagnoseverfahren	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar
Leistungsanspruch bei einer Muskeldystrophie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Vorgaben nicht erfüllt	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei Vorliegen folgender Kriterien: Klinisches Erscheinungsbild, keine sensorischen Störungen, normaler Liquorbefund und leichte Einschränkung der Sehnenreflexe; charakteristisches Elektromyogramm; klinischer Verdacht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Vorgaben nicht erfüllt
Anspruchsvoraussetzungen bei einer Motoneuronen-Erkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der geforderten Diagnose durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis mittels medizinisch apparativen Untersuchungen zur Darstellung des zentralen Nervensystems oder seiner Funktionen; Diagnose darf nicht innerhalb der ersten drei Monate nach Vertragsbeginn erfolgen
Leistungsanspruch bei einer Motoneuronen-Erkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Vorgaben nicht erfüllt	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei dauerhaftem Verlust neurologischer Fähigkeiten	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei dauerhaftem (voraussichtlich 3 Jahre) Verlust neurologischer Fähigkeiten, die eine erhebliche Gehbehinderung oder Beeinträchtigung im Gebrauch der Arme und Hände zur Folge hat; Funktionsausfälle sind in Zerstörungen oder Substanzverlusten des zentralen Nervensystems nachzuweisen

# ■ Detailanalyse: DreadDisease

■ Das ausgewählte Produkt erfüllt die gestellten Anforderungen wie folgt. Abweichungen sind durch "Vorgaben nicht erfüllt" gekennzeichnet.

Gesellschaft	Skandia Lebensversicherung AG	Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland	Gothaer Lebensversicherung AG
Produkte	(1)Dread Disease Tarif DDB12 Stand 01.2012	(1)DD Schwere Krankheiten Vorsorge Stand 08.2011	(1)Gothaer Perikon (FC12-3 Abs. schw. Krankheiten bis EA 70) Stand 05.2012
Info	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease
Anspruchsvoraussetzungen bei Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der geforderten Diagnose durch einen Neurologen (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der geforderten Diagnose
Leistungsanspruch bei einer Kinderlähmung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei Infektion mit dem Poliovirus mit Beeinflussung von Atmung oder Motorik, die zu einer dauerhaften paralytischen Erkrankung geführt hat	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, sofern Infektion mit Poliovirus dauerhafte (voraussichtlich 3 Jahre) Lähmungen in mindestens einer Gliedmaße zur Folge hat und die Atmungsfunktion oder die Bewegungsfähigkeit eingeschränkt ist
Anspruchsvoraussetzungen bei einer Kardiomyopathie (Erkrankung des Herzmuskels)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der Diagnose durch einen Kardiologen nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) angewandten Regeln	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis mittels Echokardiographie, Szintigraphie oder einer anderen medizinisch gleichwertigen Methode
Leistungsanspruch bei einer Erkrankung des Herzmuskels	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei schwerer Störung der Pumpfunktion des Herzens aufgrund Erweiterung der Herzhöhlen oder Zunahme der Herzwanddicke; trotz optimaler medikamentöser Therapie physische Einschränkung von mindestens Klasse IV gemäß NYHA	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, Auswurfraction des Herzens muss mindestens für 3 Monate unter 30% liegen; permanente Erweiterung der linken Herzkammer auf mehr als 63 mm Binnendurchmesser; dauerhafte Einstufung der Beschwerden in Ruhestellung in die Klasse IV der NYHA
Anspruchsvoraussetzungen bei einer fortgeschrittenen Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der geforderten Diagnose und Befunde durch einen Arzt für Lungenerkrankungen (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar
Leistungsanspruch bei einer fortgeschrittenen Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei Vorliegen folgender Befunde: ununterbrochene Sauerstoffversorgung wegen Hypoxie, FEV1 beträgt dauerhaft weniger als 1 Liter, Ruhedyspnoe und arterielle Blutgasanalyse mit partiellem Sauerstoffdruck von 55 mm Hg oder weniger	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>
Leistungsvoraussetzungen bei einer fortgeschrittenen Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der geforderten Diagnose durch einen Arzt für Gastroenterologie (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar

# Detailanalyse: DreadDisease

Das ausgewählte Produkt erfüllt die gestellten Anforderungen wie folgt. Abweichungen sind durch "Vorgaben nicht erfüllt" gekennzeichnet.

Gesellschaft	Skandia Lebensversicherung AG	Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland	Gothaer Lebensversicherung AG
Produkte	(1)Dread Disease Tarif DDB12 Stand 01.2012	(1)DD Schwere Krankheiten Vorsorge Stand 08.2011	(1)Gothaer Perikon (FC12-3 Abs. schw. Krankheiten bis EA 70) Stand 05.2012
Info	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease
Leistungsanspruch bei einer fortgeschrittenen Lebererkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei Endstadium einer Lebererkrankung oder Diagnose einer Leberzirrhose und vorliegen von mindestens zwei der folgenden Krankheitsbilder: Hepatische Enzephalopathie, unkontrollierbarer Aszites, permanente Gelbsucht, Varizen in der Speiseröhre oder im Magen, ausgeschlossen sind fortgeschrittene Leberkrankungen im, welche nachweislich durch Alkohol-, Drogen-, oder Medikamentenabhängigkeit bzw. -missbrauch entstanden sind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>
Anspruchsvoraussetzungen bei Enzephalitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis durch einen Arzt für Neurologie/Psychiatrie (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der neurologischen Funktionsausfälle mittels medizinisch apparativen Untersuchungen zur Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktionen
Leistungsanspruch bei einer Enzephalitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei einer schweren Entzündung des Hirngewebes, die zu einer mindestens 3 Monate andauernden neurologischen Störung oder gavierenden Beeinträchtigung der intellektuellen Fähigkeiten geführt hat	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei einer Entzündung des Gehirns, einer Hirnhälfte, des Hirnstamms oder des Kleinhirns, mit wesentlichem, dreimonatig andauerndem und voraussichtlich dauerhaftem (voraussichtlich 3 Jahre) Verlust neurologischer Fähigkeiten, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer, oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge hat (z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen)
Anspruchsvoraussetzungen bei der Creutzfeldt- Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der geforderten Diagnose mittels klinischer, radiologischer und histologischer bzw. zytologischer Untersuchungen
Leistungsanspruch bei Eintritt der Creutzfeldt-Jakob-Krankheit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, Erkrankung m. einem d. folgenden, dauerhaften (min. 3 Jahre) neurolog. Defizit: Unfähigkeit, ohne Hilfe 200 m zu gehen, o. vorbereitete essfertige Nahrung/Getränke aufzunehmen, o. sprachlich mit der Umwelt zu kommunizieren, od. Funktionsverlust einer kompl. Gliedmaße in ihrer Gesamtheit; Ausschlüsse: HIV-Infekt., 3. Lebensjahr nicht vollendet, psychiatrische Erkrankung, Verletzung/Druck Spinales Nervensystem, Erkrankung aufgr. Organversagen, Alkohol-, Gift-, Drogenkonsum, Selbsttötungsversuch

# ■ Detailanalyse: DreadDisease

■ Das ausgewählte Produkt erfüllt die gestellten Anforderungen wie folgt. Abweichungen sind durch "Vorgaben nicht erfüllt" gekennzeichnet.

Gesellschaft	Skandia Lebensversicherung AG	Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland	Gothaer Lebensversicherung AG
Produkte	(1)Dread Disease Tarif DDB12 Stand 01.2012	(1)DD Schwere Krankheiten Vorsorge Stand 08.2011	(1)Gothaer Perikon (FC12-3 Abs. schw. Krankheiten bis EA 70) Stand 05.2012
Info	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease
Anspruchsvoraussetzungen bei einer chronisch rezidivierenden Bauchspeicheldrüsenentzündung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Stellung der geforderten Diagnose durch einen Arzt für innere Krankheiten (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar
Leistungsanspruch bei einer chronisch rezidivierenden Bauchspeicheldrüsenentzündung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei fortschreitender Zerstörung der Bauchspeicheldrüse durch rezidivierende Entzündungen mit Verlust der Funktionen (Verdauung von Fett und Eiweiß, Blutzuckerregulation); ausgeschlossen sind chronische Bauchspeicheldrüsenentzündungen, die nachweislich durch chronischen Alkoholabus entstanden sind	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>
Anspruchsvoraussetzungen bei bakterieller Meningitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der erforderlichen Diagnose durch einen Arzt für Neurologie/ Psychiatrie (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der neurologischen Funktionsausfälle mittels medizinisch apparativen Untersuchungen zur Darstellung des Zentralen Nervensystems oder seiner Funktionen
Leistungsanspruch bei bakterieller Meningitis	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei einer Entzündung der Hirnhäute oder der Rückenmarkshäute, die zu einer mindestens drei Monate andauernden neurologischen Schädigung oder gravierenden Beeinträchtigungen der intellektuellen Fähigkeiten geführt hat	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, bei dauerhaftem (voraussichtlich 3 Jahre) oder dreimonatigem Verlust neurologischer Fähigkeiten, die erhebliche dauerhafte Beeinträchtigungen motorischer, sensorischer, oder kognitiver Fähigkeiten zur Folge hat (z.B. geistige Retardierung, schwere Sprachstörungen oder schwere Lähmungserscheinungen)
Anspruchsvoraussetzungen bei aplastischer Anämie (Blutbildungsstörung)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der geforderten Diagnose und der entsprechenden Behandlung durch einen Arzt für Hämatologie (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA)	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der geforderten Diagnose mittels klinischer, radiologischer und histologischer bzw. zytologischer Untersuchungen
Leistungsanspruch bei aplastischer Anämie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein <b>Vorgaben nicht erfüllt</b>	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, wenn bei Anämie, Neutropenie oder Thrombopenie als Behandlung Blutbestandteilübertragung, Knochenmarktransplantation, Immunsystemunterdrückende Behandlung oder Knochenmarkstimulierende Medikamente erforderlich sind	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, sofern zwei der folgenden Bedingungen erfüllt sind: Anzahl der Granulozyten pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 500, Anzahl der Retikulozyten pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 60.000, Anzahl der Thrombozyten pro Kubikmillimeter Blutserum ist kleiner als 20.000

# Detailanalyse: DreadDisease

Das ausgewählte Produkt erfüllt die gestellten Anforderungen wie folgt. Abweichungen sind durch "Vorgaben nicht erfüllt" gekennzeichnet.

Gesellschaft	Skandia Lebensversicherung AG	Canada Life Assurance Europe Limited Niederlassung für Deutschland	Gothaer Lebensversicherung AG
Produkte	(1)Dread Disease Tarif DDB12 Stand 01.2012	(1)DD Schwere Krankheiten Vorsorge Stand 08.2011	(1)Gothaer Perikon (FC12-3 Abs. schw. Krankheiten bis EA 70) Stand 05.2012
Info	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease	Kapitalleistung bei Dread-Disease
Anspruchsvoraussetzungen bei Angioplastie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> medizinische Notwendigkeit muss von einem Kardiologen bestätigt nach den Regeln der deutschen Gesellschaft für Kardiologie bzw. den entsprechenden in einem anderen anerkannten Staat (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) angewandten Regeln bestätigt und durch eine Angiographie nachgewiesen werden	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar
Wartezeit nach Vertragsbeginn, in der trotz Eintritt des Leistungsfalls "Angioplastie" kein Leistungsanspruch entsteht	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, 3 Monate	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar
Leistungsanspruch bei durchgeführter Angioplastik	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Vorgaben nicht erfüllt	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, sofern die Behandlung aufgrund einer mindestens 70 %igen Einengung zweier oder mehrerer Koronarterien erfolgt	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Vorgaben nicht erfüllt
Teilleistung bei Angioplastie	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, 50% der versicherten Leistung, max. 10.000 EUR, wenn Eingriff erforderlich ist, um ein zu mindestens 70% verengtes Herzkranzgefäß zu erweitern; Anteilsguthaben verringert sich um den ausgezahlten Betrag und es erfolgt eine Beitragsanpassung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar
Anspruchsvoraussetzungen bei Alzheimer- / Demenzerkrankungen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> entfällt, da nicht versicherbar	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit Nachweis der geforderten eindeutigen Diagnose durch einen Neurologen (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Liechtenstein, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) u. nach standardisierten Tests u. Fragebögen für Morbus Alzheimer	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> mit (fach)ärztlichem (Zulassung in EU, Australien, Island, Kanada, Neuseeland, Norwegen, Schweiz, USA) Nachweis der geforderten Diagnose mittels klinischer, radiologischer und histologischer bzw. zytologischer Untersuchungen
Leistungsanspruch bei Alzheimer-/ Demenzerkrankung	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein Vorgaben nicht erfüllt	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, Erkrankung muss vor dem 65. Geburtstag zum Verlust von geistiger und sozialer Kompetenz sowie zur Notwendigkeit einer ständigen Beaufsichtigung führen	<input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> ja, Erkrankung m. einem d. folgenden, dauerhaften (min. 3 Jahre) neurolog. Defizit: Unfähigkeit, ohne Hilfe 200 m zu gehen, o. vorbereitete essfertige Nahrung/Getränke aufzunehmen, o.sprachlich mit der Umwelt zu kommunizieren, od. Funktionsverlust einer kompl. Gliedmaße in ihrer Gesamtheit; Ausschlüsse: HIV-Infekt., 3. Lebensjahr nicht vollendet, psychiatrische Erkrankung, Verletzung/Druck Spinales Nervensystem, Erkrankung aufgr. Organversagen, Alkohol-, Gift-, Drogenkonsum, Selbsttötungsversuch