2.23 Einmalzahlung bei schwerer Erkrankung (Modell 2)

2.23.1 Voraussetzung für die Leistung

2.23.1.1
Für die versicherte Person besteht Versicherungsschutz bei folgenden schweren Erkrankungen, unabhängig, ob diese auf unfallbedingte oder krankhafte Ursachen zurückzuführen sind. Leistungsvoraussetzung ist, dass eine der folgenden schweren Erkrankungen während der Vertragslaufzeit erstmalig ärztlich festgestellt wird und diese nicht innerhalb von 30 Tagen nach ärztlicher Feststellung zum Tod geführt hat. Für die Mitversicherung

der Krebserkrankungen gemäß Ziffer 2.23.1.1.5 und 2.23.1.1.6 ist zudem Voraussetzung, dass bis zum Zeitpunkt der Antragstellung noch überhaupt keine Krebserkrankung (bösartig) ärztlich festgestellt wurde.

2.23.1.1.1 Herzinfarkt

Die versicherte Person erleidet eine bleibende Schädigung oder Untergang eines Teils des durch die Koronararterien versorgten Herzmuskelgewebes infolge eines ischämischen Ereignisses. Die Diagnose stützt sich auf das Vorliegen aller folgenden Nachweise:

- Charakterische (plötzlich einsetzende, starke) Brustschmerzen in der Vorgeschichte,
- neu eintretende, für einen Herzinfarkt typische EKG-Veränderungen (z. B. ST-Hebung),
- eindeutige Erhöhung von herzinfarktspezifischen Enzymen (z. B. CPK, CKMB, LDH), Myoglobin oder Troponin I bzw. T.

Ein Herzinfarkt, der zwar mit Troponin I- oder T-Erhöhung, aber ohne ST-Hebung abläuft, ist nicht gedeckt (NSTEMI). Ebenso wenig sind andere akute Koronarsyndrome gedeckt.

2.23.1.1.2 Schlaganfall

Zerebrovaskulärer Insult (Schlaganfall), der zu neurologischen Ausfallerscheinungen führt, die über einen Zeitraum von mindestens drei Monate anhalten. Der Insult schließt eine Infarzierung von Hirngewebe, Blutung oder Embolie aus extrakranieller Quelle ein.

Von der Versicherungsdeckung ausgeschlossen sind insbesondere vorübergehende Hirndurchblutungsstörungen (TIA's), die sich ohne Folgen zurückbilden, traumatische Hirnschädigungen, lakunäre Infarkte ohne neurologisches Defizit sowie migränebedingte neurologische Ausfallerscheinungen.

2.23.1.1.3 Nierenversagen

Terminale Niereninsuffizienz (lebensbedrohliches Nierenversagen, Urämie), die sich als chronisch irreversibles Funktionsversagen beider Nieren manifestiert und die Einleitung einer regelmäßigen Nierendialyse oder einer Nierentransplantation bedingt.

2.23.1.1.4 Erblindung

Das Sehvermögen beider Augen beträgt dauerhaft weniger als 2 Prozent der Norm-Sehkraft.

2.23.1.1.5 Frauenspezifische Krebserkrankungen (bösartig)

- Brustkrebs (Mammakarzinom)
- Gebärmutterhalskrebs (Zervixkarzinom)
- Eierstockkrebs (Ovarialkarzinom)

2.23.1.1.6 Männerspezifische Krebserkrankungen (bösartig)

- Prostatakrebs (Prostatakarzinom)
- Hodenkrebs (Hodenkarzinom)

2.23.1.2 Nachweis

Die schwere Erkrankung sowie die übrigen Leistungsvoraussetzungen müssen ärztlich nachgewiesen werden.

Bei Schlaganfall muss die Diagnose durch klinische Symptome sowie durch eine Computer- oder Kernspintomographie des Kopfes gesichert werden (fachärztlich). Ebenso muss fachärztlich gesichert werden, dass die neurologischen Ausfallerscheinungen mindestens über einen Zeitraum von drei Monaten angehalten haben.
Im Falle der Erblindung ist eine augenärztliche Bescheinigung gemäß den Richtlinien der Deutschen Augenärztlichen Gesellschaft erforderlich.

2.23.1.3 Wartezeit

Der Versicherungsschutz beginnt nach Ablauf einer Wartezeit von sechs Monaten ab Versicherungsbeginn. Die Wartezeit entfällt bei unfallbedingten Ursachen.

2.23.2 Art und Höhe der Leistung

2.23.2.1
Wurde die schwere Erkrankung krankheitsbedingt verursacht, erbringen wir die Versicherungsleistung in Form einer Einmalzahlung nach folgender Staffelung:

– ab dem 7. Monat des ersten Versicherungsjahres bis zu dessen Ablauf:	20 %,
– im zweiten Versicherungsjahr:	40 %,
– im dritten Versicherungsjahr:	60 %,
– im vierten Versicherungsjahr:	80 %,
– ab dem fünften Versicherungsjahr:	100 %

der vereinbarten Versicherungssumme. Die Begrenzungen der Staffelung entfallen bei ausschließlich unfallbedingter Ursache.

2.23.2.2
Die Höhe der Leistung ist auf 30.000 Euro begrenzt, auch wenn mehrere Verträge bei unserer Gesellschaft bestehen. Wir erbringen unsere Leistung einmal, auch wenn mehrere der vorstehend genannten Erkrankungen gleichzeitig eintreten.

Bei einer Erhöhung der Versicherungssumme während der Vertragslaufzeit gelten die Regelungen zur Wartezeit und Staffelung für den hinzukommenden Teil des Versicherungsschutzes vom Erhöhungstermin an.

2.23.2.3
Die Versicherungssumme nimmt an einer für andere Leistungsarten vereinbarten Erhöhung von Leistung und Beitrag nicht teil.

2.23.3 Ende des Versicherungsschutzes

Der Versicherungsschutz endet
- nach Auszahlung der Einmalleistung,
- bei Vollendung des 55. Lebensjahres der versicherten Person.

Nach Beendigung des Versicherungsschutzes wird der diesbezügliche Beitragsanteil als zusätzlicher Beitrag zur Erhöhung der verbleibenden Leistungen in der Unfallversicherung verwendet, sofern Sie nichts anderes bestimmen.

2.23.4 Beitragsanpassung

2.23.4.1
Wir können jährlich zum 1. Juli ermitteln, um welchen Prozentsatz sich im vergangenen Kalenderjahr der Durchschnitt der Versicherungsleistungen gegenüber den beiden vorangegangenen Jahren verändert hat. Als Versicherungsleistungen gelten dabei auch die speziell durch den einzelnen Versicherungsfall veranlassten Ausgaben für die Ermittlung von Grund und Höhe der Versicherungsleistungen.
Der Durchschnitt der Versicherungsleistungen eines Kalenderjahres ist die Summe der in diesem Jahr erbrachten Versicherungsleistungen geteilt durch die Anzahl der im gleichen Zeitraum neu angemeldeten Versicherungsfälle.

2.23.4.2
Im Falle einer Erhöhung sind wir berechtigt, im Falle einer Verminderung verpflichtet, den Beitrag für diese Leistungsart um den sich aus Ziffer 2.23.4.1 ergebenden Prozentsatz, kaufmännisch gerundet auf eine Nachkommastelle, zu verändern (Beitragsanpassung). Der veränderte Beitrag wird zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres angepasst.

2.23.4.3
Erhöht sich der Beitrag aufgrund der Beitragsanpassung, ohne dass sich der Umfang des Versicherungsschutzes ändert, können Sie den Versicherungsvertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung mit sofortiger Wirkung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) kündigen, frühestens jedoch zu dem Zeitpunkt, in dem die Beitragserhöhung wirksam werden sollte.
Wir weisen in der Mitteilung auf das Kündigungsrecht hin. Die Mitteilung muss Ihnen spätestens einen Monat vor dem Wirksamwerden der Beitragserhöhung in Textform (z. B. E-Mail, Telefax, Brief) zugehen. Eine Erhöhung der Versicherungsteuer begründet kein Kündigungsrecht.

2.23.4.4
Liegt die Veränderung nach Ziffer 2.23.4.1 unter 5 Prozent, entfällt eine Beitragsanpassung. Diese Veränderung ist dann bei der nächsten Ermittlung zu berücksichtigen.