

Bedingungen

für die Pflegerenten-Zusatzversicherung

Swiss Life care-Option Swiss Life care-Option *plus* Swiss Life Anschluss-Option

Stand: 10.2015 (AVB_EV_CPO_2015_10)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Pflegerenten-Zusatzversicherung entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

Ein Beispiel: Tritt ein Leistungsfall bei der Versicherten Person ein, dann zahlen wir die vereinbarte Leistung aus. Tritt ein Leistungsfall bei dem Versicherungsnehmer ein, wird keine Vertragsleistung fällig.

Bestimmte Begriffe und Fachwörter haben wir unterstrichen. Diese markierten Wörter finden Sie in Kapitel H dieser Bedingungen. Dort erklären wir Ihnen diese. Die Unterstreichung bedeutet nicht, dass nur diese Stellen für das Vertragsverhältnis relevant sind.

Wenn wir Wörter nutzen, deren Schreibweise vom angesprochenen Geschlecht abhängt, verwenden wir nur die männliche Schreibweise. Der Text wird dadurch übersichtlicher, verständlicher, und das Lesen wird Ihnen leichter fallen.



Inhalt

A	Wie funktioniert Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung?	3
B	Unsere Leistungen und Einschränkungen	3
1	Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?.....	3
1.1	Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010).....	3
1.2	Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens.....	4
1.3	Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz	5
2	Welche Leistungen erbringen wir?	5
2.1	Swiss Life care-Option	5
2.2	Swiss Life care-Option <i>plus</i>	5
2.3	Anschluss-Option.....	6
2.4	Wann entsteht der Anspruch auf eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit?	7
2.5	Wann enden unsere Leistungen?	7
2.6	Rechnungsgrundlagen	7
2.7	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	8
2.8	Sonstige Regelungen	8
3	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	8
4	Was gilt für Sie und für uns bei der Nachprüfung der Leistungspflicht?	9
5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	9
6	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	10
6.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangen?	10
6.2	Hinweis zu Arztanordnungen.....	11
6.3	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?.....	11
6.3.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht	11
6.3.2	Rücktritt	11
6.3.3	Kündigung.....	12
6.3.4	Rückwirkende Vertragsanpassung	12
6.3.5	Ausübung unserer Rechte.....	12
6.3.6	Anfechtung.....	12
6.3.7	Leistungserweiterung & Wiederherstellung der Versicherung.....	12
6.3.8	Erklärungsempfänger	12
6.4	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?.....	13
6.5	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	13
6.6	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	13
C	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten.....	13
7	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?..	13
7.1	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?	13
7.2	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?	13
7.3	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung.....	14
7.4	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten	14
D	Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven.....	14
8	Was ist eine Überschussbeteiligung?.	14
8.1	Beteiligung an dem Überschuss	14
8.2	Beteiligung an den Bewertungsreserven.	15
9	Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?	15
9.1	Beitragsverrechnung	15
9.2	Bonus	15
10	Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?	15
11	Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?.....	16
12	Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	16
13	Welche Option haben Sie beim Überschuss-Verwendungs-System Bonusrente?	17
14	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung.....	17
E	Auszahlung von Leistungen	17
15	Ab wann zahlen wir Leistungen aus? .	17
16	An wen zahlen wir Leistungen aus?....	17
17	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	18
F	Unser Vertragsverhältnis	18
18	Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?	18
19	Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?	18
20	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?.....	18
G	Kündigung der Zusatzversicherung.....	19
21	Wann und wie können Sie Ihre Zusatzversicherung kündigen?.....	19
22	Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?.....	19
H	Erläuterung wichtiger Begriffe	19
I	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch.....	22

A Wie funktioniert Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung?

Unsere Pflegerenten-Zusatzversicherung sichert Sie im Falle einer Pflegebedürftigkeit ergänzend zu den Leistungen der Grundfähigkeitsversicherung (Hauptversicherung) ab.

Bei Vertragsschluss können Sie zwischen der care-Option (2.1) und der care-Option *plus* (2.2) wählen. Ergänzend können Sie dazu die Anschluss-Option (2.3) vereinbaren, die Ihnen zu bestimmten Zeitpunkten (Options-Zeitpunkte) den Abschluss eines selbstständigen Pflegerententarifs ohne erneute Gesundheitsprüfung ermöglicht. Bitte beachten Sie hierzu die Regelungen in 2.3.

Beispiel 1 (care-Option): Sie haben im Rahmen der Hauptversicherung (Swiss Life Vitalschutz) eine garantierte monatliche Grundfähigkeitsrente in Höhe von 1.000 Euro vereinbart. Die Versicherungsdauer endet im Alter 67. Daneben haben Sie sich bei Vertragsschluss ergänzend für die care-Option entschieden. Im Alter von 40 Jahren werden Sie pflegebedürftig im Sinne der Vertragsbedingungen, das heißt, der Leistungsfall tritt ein. Wir leisten dann eine garantierte monatliche Grundfähigkeitsrente wegen Pflegebedürftigkeit in Höhe von 1.000 Euro aus der Hauptversicherung. Sie erhalten diese Rente bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer (Alter 67). Nach Ablauf der Leistungsdauer der Hauptversicherung erhalten Sie die monatliche Rente der care-Option in Höhe von 1.000 Euro, so lange eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Beispiel 2 (care-Option *plus*): Sie haben im Rahmen der Hauptversicherung (Swiss Life Vitalschutz) eine garantierte monatliche Grundfähigkeitsrente in Höhe von 1.000 Euro vereinbart. Die Versicherungsdauer endet im Alter 67. Daneben haben Sie sich bei Vertragsschluss ergänzend für die care-Option *plus* entschieden. Im Alter von 40 Jahren werden Sie pflegebedürftig im Sinne der Vertragsbedingungen, das heißt, der Leistungsfall tritt ein. Wir leisten dann eine garantierte monatliche Grundfähigkeitsrente wegen Pflegebedürftigkeit in Höhe von 1.000 Euro aus der Hauptversicherung und eine zusätzliche Rente in gleicher

Höhe aus der Swiss Life care-Option *plus*. Sie erhalten beide Renten bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer (Alter 67), in Summe demnach monatlich 2.000 Euro.

Nach Ablauf der Leistungsdauer der Hauptversicherung erhalten Sie weiterhin die monatliche Rente der care-Option *plus* in Höhe von 1.000 Euro, so lange eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

B Unsere Leistungen und Einschränkungen

1 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

Pflegebedürftigkeit besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2010 oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei 3 von 6 Aktivitäten des täglichen Lebens.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate bestehen oder mindestens 6 Monate bestanden haben. Dies ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben festzustellen.

1.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2010)

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedarf.

Krankheiten oder Behinderungen sind Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat, Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane, Störungen des Zentralnervensystems wie An-

triebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens sind:

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I (erhebliche Pflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn die Versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Den Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen.

Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen.

Bei der Feststellung des vor genannten Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer vorstehend genannten Verrichtung ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.

Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen. Den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2010 finden Sie im Anhang.

1.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens 3 der nachstehend genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt.

Aufstehen und Zu-Bett-Gehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person

nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe einer anderen Person essen oder trinken kann.

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil sie

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden können.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen, eines Katheters oder eines Kolostomiebeutels ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

1.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der

Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

1. „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inkl. Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens 4 der folgenden 6 Punkte erfüllt sein:

- Depression, unkontrollierte Aggressivität,
- Verknennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung,
- Unkontrolliertes, wiederholtes Verlassen des Wohnbereichs,
- Gedächtnisstörung und Denkstörung mit herabgesetztem Urteilsvermögen,
- Störung des Tag-Nacht-Rhythmus,
- Im Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test MMST) werden weniger als 50 % der erreichbaren Punkte erreicht.

Sind weniger als 4 der aufgeführten Kriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

2 Welche Leistungen erbringen wir?

2.1 Swiss Life care-Option

Erhält die Versicherte Person bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer der Hauptversicherung eine Grundfähigkeitsrente wegen Pflegebedürftigkeit, wird diese Rente so lange gezahlt, wie Pflegebedürftigkeit im Sinne des Abschnitts 1 besteht, längstens bis zum Tod der Versicherten Person. Endet nach Ablauf der Leistungsdauer der Hauptversicherung die Pflegebedürftigkeit, endet unsere Leistungspflicht und der Vertrag erlischt. Bei erneutem Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden dann keine Leistungen mehr fällig.

2.2 Swiss Life care-Option plus

Anstelle der care-Option (2.1) können Sie sich bei Vertragsschluss für die care-Option *plus* ent-

scheiden.

Erhält die Versicherte Person während der vereinbarten Leistungsdauer der Hauptversicherung eine Grundfähigkeitsrente wegen Pflegebedürftigkeit, setzt zeitgleich eine Rentenzahlung in gleicher Höhe aus der Zusatzversicherung care-Option *plus* ein. Diese Rente wird so lange gezahlt, wie Pflegebedürftigkeit im Sinne des Abschnitts 1 besteht, längstens bis zum Tod der Versicherten Person.

Endet nach Ablauf der Leistungsdauer der Hauptversicherung die Pflegebedürftigkeit, endet unsere Leistungspflicht und der Vertrag erlischt. Bei erneutem Eintritt von Pflegebedürftigkeit werden dann keine Leistungen mehr fällig.

2.3 Anschluss-Option

In Ergänzung zur care-Option oder care-Option *plus* können Sie sich bei Vertragsschluss für die Anschluss-Option entscheiden. Bitte beachten Sie, dass die Anschluss-Option nur in Verbindung mit der care-Option oder der care-Option *plus* vereinbart werden kann und mit dieser eine Einheit bildet.

Die Anschluss-Option ermöglicht Ihnen, zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer der Grundfähigkeitsversicherung – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine selbstständige Pflegerentenversicherung für die Versicherte Person abzuschließen.

Alternativ können Sie die Anschluss-Option bereits 5, 10, 15 oder 20 Jahre vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer der Grundfähigkeitsversicherung zum jeweiligen Versicherungsjahrestag (Options-Zeitpunkt) ausüben.

Entscheiden Sie sich dafür, die Anschluss-Option auszuüben, müssen Sie uns 3 Monate vor dem Ablauf der Versicherungsdauer bzw. 3 Monate vor einem früheren Options-Zeitpunkt in Textform darüber informieren.

Voraussetzung für dieses Recht ist,

- dass bis zum Zeitpunkt der Ausübung der Option kein vertraglicher Leistungsfall eingetreten ist und
- Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung zum jeweiligen Options-Zeitpunkt mindestens 20 Jahre bestanden hat.

Nach Eingang Ihrer Mitteilung machen wir Ihnen ein Angebot über eine selbstständige Pflegerentenversicherung, der ein dann allgemein verkaufsoffener Pflegerententarif und die zu diesem Zeitpunkt gültigen Rechnungsgrundlagen zugrunde liegen. Die Höhe der Pflegerente des neuen Pflegerentenvertrags können Sie bis zur Höhe der zuletzt versicherten garantierten Grundfähigkeitsrente selbst bestimmen; maximal darf die monatliche Pflegerente jedoch 2.500 Euro betragen.

Die Anschluss-Option gilt als ausgeübt, wenn Sie unser Angebot innerhalb der im Angebot genannten Frist angenommen haben; das bedeutet, Sie haben eine selbstständige Pflegerentenversicherung vereinbart. Nach Ausübung der Option erlischt dieses Recht.

Für den Fall, dass Sie unser Angebot über eine selbstständige Pflegerentenversicherung nicht innerhalb der im Angebot genannten Frist angenommen haben, erlischt das Angebot. Sie haben die Möglichkeit, zu einem späteren Options-Zeitpunkt erneut ein Angebot zu verlangen, spätestens 3 Monate vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Mit dem Zustandekommen des selbstständigen Pflegerentenvertrags erlischt diese Pflegerenten-Zusatzversicherung (care-Option bzw. care-Option *plus* sowie die Anschluss-Option). Aus der care-Option bzw. der care-Option *plus* wird keine Leistung fällig. Die Grundfähigkeitsversicherung und eine ggf. vereinbarte Schwere-Krankheiten-Option (Dread-Disease-Zusatzversicherung) bleiben hiervon unberührt.

Ab diesem Zeitpunkt verringert sich Ihr Gesamtbeitrag um den Beitrag der Pflegerenten-Zusatzversicherung.

Was passiert mit der Anschluss-Option, wenn ein vertraglicher Leistungsfall eingetreten ist?

Voraussetzung für die Ausübung der Anschluss-Option ist, dass bis zum Zeitpunkt der Ausübung kein vertraglicher Leistungsfall eingetreten ist. Sollte ein vertraglicher Leistungsfall eintreten (das bedeutet, dass wir Ihnen z. B. eine Grundfähigkeitsrente aufgrund des Verlusts einer Grundfähigkeit bezahlen), kann die Anschluss-Option nicht mehr ausgeübt werden und dieses Recht erlischt. Daher entfällt zum Zeitpunkt unserer Leistungspflicht die Anschluss-Option und Ihr Gesamtbeitrag reduziert sich um den Beitrag der Anschluss-Option. Die Regelungen des Abschnitts 23 dieser Bedingungen gelten dabei entsprechend. Die care-Option bzw. die care-Option *plus* bleiben hiervon unberührt.

Ihr Anspruch auf Rückerstattung

Da wir nicht wissen, wie sich der Markt der Pflegerentenversicherungen und die Sozialgesetzgebung zukünftig entwickeln, zahlen wir Ihnen das für die Anschluss-Option gebildete Deckungskapital für den Fall aus, dass unsere zukünftige Tarifwelt zum Ende der Versicherungsdauer - oder zu einem der oben genannten Options-Zeitpunkte - keinen verkaufsoffenen Pflegerententarif vorsieht. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie zu einem dieser Zeitpunkte vergeblich von Ihrem Recht Gebrauch gemacht haben. Sie können in diesem Fall zum jeweiligen Options-Zeitpunkt entscheiden, die Anschluss-Option beitragspflichtig weiterzuführen (um zu einem späteren Options-Zeitpunkt von der Option Gebrauch zu machen), oder die Anschluss-Option zu diesem Zeitpunkt zu kündigen. Die Regelungen des Abschnitts 22 dieser Bedingungen gelten dabei sinngemäß. Ab dem Zeitpunkt der Kündigung verringert sich Ihr Gesamtbeitrag um den Beitrag für die Anschluss-Option. Die care-Option bzw. die care-Option *plus* bleiben hiervon unberührt.

2.4 Wann entsteht der Anspruch auf eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit?

Bei der care-Option entsteht der Anspruch auf Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungsdauer der Hauptversicherung endet, wenn

zu diesem Zeitpunkt eine Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat.

Bei der care-Option *plus* entsteht der Anspruch auf Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

2.5 Wann enden unsere Leistungen?

Der Anspruch auf Leistung erlischt,

- wenn die Versicherte Person stirbt,
- bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer,
- wenn der Verlust einer Grundfähigkeit nicht mehr besteht,
- wenn der Vertrag vor dem Eintritt unserer Leistungspflicht gekündigt wurde.

Es wird keine Leistung fällig, wenn

- die Versicherte Person stirbt,
- die Versicherte Person den Ablauf der Versicherungsdauer erlebt, ohne dass der Verlust einer Grundfähigkeit eingetreten ist,
- der Vertrag beitragsfrei gestellt wird und die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- der Vertrag gekündigt wird.

2.6 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2013 IL, der Tafel DAV 2008 P der Deutschen Aktuarvereinigung und einem Rechnungszins in Höhe von 1,25 %.

Alter für die Tarifikalkulation

Das versicherungstechnische Alter entspricht den tatsächlichen Lebensjahren der Versicherten Person, wobei das bereits begonnene Lebensjahr hinzugezählt wird, wenn seit dem Geburtstag bis zum Versicherungsbeginn bzw. Erhöhungstermin mehr als 6 Monate verstrichen sind.

Beispiel: Der Versicherungsbeginn bzw. Erhöhungstermin ist der 01.01.2016 und der Geburtstag ist der 15.05.1976. Am 15.05.2015 ist das 39. Lebensjahr vollendet und das 40. Lebensjahr hat begonnen. Bis zum 01.01.2016 werden mehr als 6 Monate verstrichen sein. Somit gilt 40 als das versicherungstechnische Alter.

2.7 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

Auch nach Anmeldung der Pflegebedürftigkeit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus bis zum Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für 5 Jahre nach Anmeldung der Pflegebedürftigkeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

Soweit wir Leistungen für den Zeitraum der Stundung anerkennen, brauchen Sie gestundete Beiträge nicht nachzuentrichten.

Soweit wir keine Leistungen anerkennen, sind nach Ablauf der Stundung die gestundeten Beiträge unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen.
- Sie können die gestundeten Beiträge in einem Zeitraum von bis zu 24 Monaten, gerechnet ab Ablauf der Stundung, in Raten zusammen mit den laufenden Beiträgen nachzahlen. Stundungszinsen berechnen wir dabei ebenfalls nicht.

Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht zurück.

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

Wir beraten und unterstützen Sie während der Vertragslaufzeit. Gerne stehen wir Ihnen auch telefonisch zur Verfügung, wenn Sie Fragen z. B. zum Versicherungsumfang, zur Beantragung von Leistungen oder zur Leistungsprüfung haben. Ebenso erhalten Sie Auskünfte zu erforderlichen Unterlagen, Nachweisen oder zur Beschreibung der beruflichen Tätigkeit und entsprechende Formulare.

2.8 Sonstige Regelungen

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit. Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Kapitel D).

Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein. Im Falle etwaiger Widersprüche haben die im Versicherungsschein getroffenen Vereinbarungen vor diesen Bedingungen Vorrang.

3 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß (siehe 6.1) über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle 6 Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen vor, erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung (siehe Abschnitt 2) anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

Grundsätzlich sprechen wir kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten in Textform aussprechen.

Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkennnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen Gründen ein Ende der Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist, oder die vorliegenden Befunde noch nicht ausreichen, um ein unbefristetes Anerkenntnis auszusprechen.

Die Prüfung der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung (Abschnitt 6); die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 4 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des in diesem Abschnitt 3 beschriebenen, befristeten Leistungszeitraums verzichten wir.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass keine Pflegebedürftigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis sind für uns selbst dann nicht rückforderbar, wenn keine Pflegebedürftigkeit vorgelegen haben sollte.

4 Was gilt für Sie und für uns bei der Nachprüfung der Leistungspflicht?

Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, die Voraussetzungen für das Fortbestehen eines Leistungsanspruchs nachzuprüfen.

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende

Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 6.1 gelten entsprechend.

Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer der Pflegebedürftigkeit vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Ist die Pflegebedürftigkeit weggefallen, endet unsere Leistungspflicht und wir stellen die Leistung ein. In diesem Fall informieren wir den Anspruchsberechtigten schriftlich über die Veränderung und Einstellung der Leistungen. Diese Information können wir auch in Textform übermitteln.

Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des 3. Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen

Ereignissen den Verlust einer Grundfähigkeit erleidet oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, durch absichtliche Herbeiführung von mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, durch absichtliche Herbeiführung von Pflegebedürftigkeit, Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung.
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte vorsätzlich im Sinne des Strafrechts den Versicherungsfall herbeigeführt hat.
- durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht, besteht kein Versicherungsschutz, sofern der Einsatz oder das Freisetzen der Stoffe darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist.

6 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Vor und bei Abschluss sowie während der Vertragslaufzeit haben Sie Obliegenheiten zu beachten. Deren Verletzung hat schwerwiegende Folgen.

6.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangen?

Der Nachweis für das Vorliegen einer Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen muss von Ihnen bzw. der Versicherten Person erbracht werden. Hierfür sind uns ohne schuldhaftes Verzögern einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt einer Pflegebedürftigkeit,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens
- Unterlagen über den Beruf der Versicherten Person.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat derjenige zu tragen, der die Leistungen beansprucht.

Wir können zur Feststellung unserer Leistungspflicht außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Dies gilt auch für die wirtschaftlichen Verhältnisse und deren Veränderungen. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine so genannten Vertragsärzte.

Wir können von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen.

Hält sich die Versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen medizinischen Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

6.2 Hinweis zu Arztanordnungen

Wir machen die Leistung grundsätzlich nicht davon abhängig, dass die Versicherte Person unzumutbaren ärztlichen Anordnungen oder Empfehlungen zur Verbesserung des Gesundheitszustands folgt. Sie entscheidet darüber in freier persönlicher Verantwortung.

Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht gemäß § 242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Stütz- bzw. Kompressionsstrümpfen oder Prothesen).

Lässt die Versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen nicht entgegen.

6.3 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

6.3.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer

Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien) und zu privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten).

Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

6.3.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalls erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie oder die Versicherte Person die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet.

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

6.3.3 Kündigung

Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe Abschnitt 7).

6.3.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen ab der laufenden Versicherungsperiode Vertragsbestandteil.

Erhöht sich durch die Vertragsanpassung der Beitrag um mehr als 10 % oder schließen wir den Versicherungsschutz für den nicht angezeigten Umstand aus, können Sie den Vertrag innerhalb eines Monats nach Zugang unserer Mitteilung fristlos schriftlich kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

6.3.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen

wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung und Vertragsanpassung sind ausgeschlossen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.

Auf unser Anpassungs- und Kündigungsrecht, geregelt in § 19 VVG, verzichten wir dann, wenn die Verletzung der Anzeigepflicht schuldlos, also nicht von Ihnen zu vertreten war.

6.3.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmemeinung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 6.3.2 gilt entsprechend.

6.3.7 Leistungserweiterung & Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 6.3.1 bis 6.3.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 6.3.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

6.3.8 Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer vorgenannten Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen

gegenüber abzugeben ist. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Ableben ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

6.4 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 6.1 oder 4 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

6.5 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, wenn keine Schriftform vereinbart ist. Für uns bestimmte Mitteilungen werden erst wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Werktage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

6.6 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person erlischt der Leistungsanspruch.

Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Alter, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzahlen.

C Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

7 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

Die Möglichkeiten zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten richten sich nach den Bedingungen der Hauptversicherung. Die Zusatzversicherung können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung beitragsfrei stellen.

7.1 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Eine Senkung der Beiträge oder eine Beitragsfreistellung für die Hauptversicherung führt zu einer Kürzung der Leistungen der Pflegerenten-Zusatzversicherung im gleichen Verhältnis.

7.2 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?

Die Möglichkeiten zur Wiederherstellung des ursprünglichen Beitrags oder der ursprünglichen Leistung richten sich nach den Bedingungen der Hauptversicherung.

7.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Beitragsfreistellung bzw. im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Kündigung ein Abzug erfolgt.

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

7.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge, befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung

Die Möglichkeiten zur Überbrückung von vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten richten sich nach den Bedingungen der Hauptversicherung.

D Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

8 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung.

8.1 Beteiligung an dem Überschuss

Ein Versicherungsunternehmen erwirtschaftet Überschüsse. Die Höhe der erwirtschafteten Überschüsse hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Somit kann die Höhe der künftigen Beteiligung am Überschuss **nicht garantiert** werden.

Es können Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs angenommen haben, entsteht ein so genannter Risikoüberschuss.
- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein so genannter Kostenüberschuss.

Die Überschüsse ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches. Wir beteiligen Sie an diesen Überschüssen auf Basis gesetzlicher Vorschriften.

Für die Beteiligung am Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Grundfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Innerhalb dieser Bestandsgruppen bilden wir Gewinngruppen. In einer Gewinngruppe befinden sich alle Versicherungen, bei denen Überschüsse in ähnlichem Umfang entstehen. Diese Zusatzversicherung gehört zur Bestandsgruppe 115.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Hauptbevollmächtigte für Deutschland jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Überschussanteilsätze fest. Abhängig von objektiven Risikomerkmale können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Ge-

schäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website www.swisslife.de einsehen.

Die Anschluss-Option ist nicht überschussberechtig.

Über die Entwicklung Ihrer Beteiligung am Überschuss werden wir Sie jährlich informieren.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 9 und 10.

8.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind.

Beispiel: Wir haben eine Aktie zum Kurs von 100 Euro gekauft. Mit diesem Wert ist die Aktie in der Bilanz ausgewiesen. Wenn der Kurs der Aktie zum Bilanzstichtag bei 110 Euro steht, ist eine Bewertungsreserve in Höhe von 10 Euro entstanden.

Bewertungsreserven können auch negativ werden. Dann spricht man von stillen Lasten. Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven ist niemals negativ.

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 11 und 12.

9 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Die Überschuss-

santeile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Sie können sich bei Antragstellung für das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung (9.1) oder für das Überschussverwendungs-System Bonus (9.2) entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

9.1 Beitragsverrechnung

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Beitragszahlungsdauer in Prozent der Beiträge ausgewiesen und mit den fälligen Beiträgen verrechnet.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie Versicherung erhält keine Beteiligung am Überschuss.

Die Höhe der Beitragsverrechnung wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und somit kann auch die Höhe des zu zahlenden Beitrags jährlich schwanken.

9.2 Bonus

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonusrente bemisst sich in Prozent der versicherten Rente bei Pflegebedürftigkeit.

Tritt der Versicherungsfall nicht ein, werden aus dem Bonus keine Leistungen fällig. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

Die Höhe der Bonusrente wird jährlich neu festgelegt.

10 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

Ab Eintritt des Leistungsfalls besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko-

und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der laufenden Zinsüberschussanteile inkl. Risiko- und Kostenüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern eine Leistungspflicht zu diesem Zeitpunkt besteht.

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

Die Leistungen aus der care-Option bzw. care-Option *plus* erhöhen sich zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz der bisher erreichten Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

Die so erreichte Gesamtrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe 12).

11 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

Die Pflegerenten-Zusatzversicherung ist eine Risikoversicherung. Somit ist die Pflegerenten-Zusatzversicherung mit laufender Beitragszahlung hinsichtlich der Beteiligung an den Bewertungsreserven (gemäß § 153 VVG) vor Eintritt des Leistungsfalls **nicht überschussberechtig**.

12 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?

In der Pflegerentenbezugszeit erhält die care-Option bzw. die care-option *plus* eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Diese Beteiligung führt zu einer Erhö-

hung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Pflegerentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 53c VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 56a VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir auf Basis der Bewertungsreservensituation der zurückliegenden Monate.

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Pflegerentenbezugszeit zuzuordnen ist. Dieser Anteilsatz, der einmal jährlich im Zuge des Jahresabschlusses ermittelt wird, bestimmt sich aus dem Verhältnis der verteilungsrelevanten Passivposten für Verträge in der Pflegerentenbezugszeit zu der verteilungsrelevanten Bilanzsumme (höchstens jedoch zur Summe der Kapitalanlagen).

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven des Unternehmens werden mit diesem Anteilsatz multipliziert und ergeben die verteilungsfähigen Bewertungsreserven für den Teilbestand der Verträge in der Pflegerentenbezugszeit.

Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Pflegerentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Pflegerentenbezugszeit multipliziert und den Pflegerentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

Der ermittelte Betrag wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden

Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 % kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

13 Welche Option haben Sie beim Überschuss-Verwendungs-System Bonusrente?

Sinkt die in Prozent der versicherten Rente bemessene Bonusrente (siehe 9.2) durch Anpassung des Überschussanteilsatzes, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist und Sie uns dies innerhalb von 6 Monaten, nachdem wir Sie über die Anpassung des Überschussanteilsatzes informiert haben, in Textform mitteilen.

14 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschuss-beteiligung kann also nicht garantiert werden.

E Auszahlung von Leistungen

15 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Bei der care-Option entsteht der Anspruch auf Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungsdauer der Hauptversicherung endet, wenn zu diesem Zeitpunkt eine Pflegebedürftigkeit vorgelegen hat.

Bei der care-Option *plus* entsteht der Anspruch auf Leistung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

Meldefrist

Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Pflegebedürftigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

Verfügungen

Ansprüche aus der Pflegerenten-Zusatzversicherung können Sie weder abtreten noch verpfänden, ausgenommen an die Versicherte Person

16 An wen zahlen wir Leistungen aus?

Die Leistung aus dem Versicherungsvertrag erbringen wir an Sie als unseren Versicherungsnehmer oder an Ihre Erben, falls Sie uns keine andere Person benannt haben, die die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag bei deren Fälligkeit erwerben soll (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit schriftlich widerrufen.

Sie können ausdrücklich schriftlich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten geändert werden.

Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

Ist ein Bezugsrecht eingeräumt, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

F Unser Vertragsverhältnis

18 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

- Wenn es notwendig ist, die alte durch die neue Bestimmung zu ersetzen, um den Vertrag fortzuführen, oder
- wenn es für Sie oder uns eine unzumutbare Härte darstellen würde, wenn der Vertrag ohne neue Bestimmung bestehen bleibt.

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

Wenn eine oder mehrere Bestimmungen dieser Versicherungsbedingungen unwirksam sind, bleiben die übrigen dennoch wirksam.

19 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

- Wir haben Ihnen die neue Bestimmung mitgeteilt. Dabei müssen wir Ihnen auch die Gründe nennen, die für die Änderungsmaßgeblich waren.
- Sie müssen die Mitteilung zwei Wochen vorher erhalten haben.

20 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

Diese Zusatzversicherung bildet mit der Hauptversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit. Sie kann ohne die Hauptversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Hauptversicherung endet, erlischt auch die Zusatzversicherung.

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus dieser Zusatzversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn eine Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird.

Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für die Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

G Kündigung der Zusatzversicherung

21 Wann und wie können Sie Ihre Zusatzversicherung kündigen?

Sie können Ihre Zusatzversicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode schriftlich kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche oder jährliche Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauf folgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist.

Eine Zusatzversicherung, für die keine Beiträge mehr zu zahlen sind (beitragsfreie Zusatzversicherung), können Sie nur zusammen mit der Hauptversicherung kündigen.

22 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig und die Zusatzversicherung erlischt.

Eine Kündigung ist mit Nachteilen für Sie verbunden.

Bei der Pflegerenten-Zusatzversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung, insbesondere durch den Vermittler und das Einrichten eines Vertrags, entstehen ebenfalls Kosten.

H Erläuterung wichtiger Begriffe

Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind.

Bestandskräftiger Verwaltungsakt

Eine Maßnahme einer Behörde, gegen die kein Rechtsmittel eingelegt werden kann oder ein Rechtsmittel erfolglos geblieben ist. Eine solche Behörde sind Kartellbehörden oder die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht.

Bezugsberechtigter

Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag.

Deckungskapital

Ist der Wert der Verpflichtungen, die uns durch den Versicherungsvertrag entstehen. Es wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik berechnet.

Erklärungen

Sind Mitteilungen, die mindestens in Textform erfolgen müssen und einen rechtlichen Charakter haben können. Beispiel: Mitteilung zur Änderung des Begünstigten, Beantragung einer Beitragsfreistellung oder Kündigung.

Höchstrichterliche Entscheidung

Ist eine bindende Entscheidung eines obersten Gerichts. Ein solches Gericht kann zum Beispiel der Bundesgerichtshof sein.

Minimal Mental Status Test

Der Minimal Mental Status Test ist ein Screening-Instrument zur Erfassung kognitiver Störungen, u.a. durch eine Demenzerkrankung. Mit Hilfe der Beantwortung von standardisierten Fragen und der Erfüllung leichter Aufgaben werden zentrale kognitive Funktionen (z. B. Merkfähigkeit, Aufmerksamkeit, Sprache, Orientierung, Sprache) überprüft unter der Vergabe von Leistungspunkten für jede erfolgreich erledigte Aufgabe. Der Minimal-Mental-Status-Test sollte durch weiterführende neuropsychologische Tests ergänzt werden.

Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2013 IL, der Tafel DAV 2008 P der Deutschen Aktuarvereinigung und einem Rechnungszins in Höhe von 1,25 %.

Schriftform

Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Schriftform gefordert ist, bedeutet die Folgendes: Die Mitteilung muss in einem Schriftstück mit eigenhändiger Unterschrift erfolgen. Lesen Sie in Abgrenzung dazu Textform.

Sicherungsvermögen

Alle unsere Vermögensgegenstände, mit denen wir die Ansprüche unserer Versicherungsnehmer decken.

Textform

Wenn Sie uns oder wir Ihnen Mitteilungen machen, kann dies in unterschiedlicher Form geschehen. Wenn für eine Mitteilung die Textform gefordert ist, bedeutet dies Folgendes: Die Mitteilung kann dann per Brief, E-Mail oder Telefax erfolgen. Lesen Sie in Abgrenzung dazu Schriftform.

Überschussanteilsätze

Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

Überschüsse

Überschüsse sind die Erträge, die wir erwirtschaften abzüglich unserer Aufwendungen. In der Lebensversicherung gibt es im Wesentlichen drei Überschussarten: Zins-, Risiko- und Kostenüberschüsse.

Überschussbeteiligung

An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften.

Versicherte Person

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Zwei Beispiele: Bei einer Versicherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person pflegebedürftig wird.

Versicherungsjahr

Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauf folgenden Jahres. Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr.

Versicherungsnehmer

Ist die (juristische) Person, die unser Vertragspartner ist. Sie schließt den Vertrag mit uns ab und erhält den Versicherungsschein. Grundsätzlich betreffen den Versicherungsnehmer alle Rechte und Pflichten, die sich aus dem Vertrag ergeben. Der Versicherungsnehmer kann von der Versicherten Person und dem Begünstigten aus der Versicherung abweichen. In der betrieblichen Altersversorgung ist der Arbeitgeber der Versicherungsnehmer.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

Versicherungsschein

Ist eine Urkunde über unseren Versicherungsvertrag. Zu Beginn des Vertrags senden wir Ihnen den Versicherungsschein zu. Er enthält wichtige Daten zu Ihrer Versicherung, zum Beispiel: über die Beiträge, den Beginn der Versicherung oder die Versicherte Person. Den Versicherungsschein müssen Sie gut aufheben, da dieser erforderlich ist, um Leistungen aus der Versicherung zu erhalten.

Versicherungsvertrag

Ist die rechtliche Grundlage für die Versicherung,
die Sie mit uns abschließen.

I Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010)

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15) der Hilfe bedürfen.

(2) Krankheiten oder Behinderungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. Verluste, Lähmungen oder andere Funktionsstörungen am Stütz- und Bewegungsapparat,
2. Funktionsstörungen der inneren Organe oder der Sinnesorgane,
3. Störungen des Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

(3) Die Hilfe im Sinne des Abs. 1 besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

(4) Gewöhnliche und regelmäßig wiederkehrende Verrichtungen im Sinne des Abs. 1 sind:

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden 3 Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

Für die Gewährung von Leistungen nach § 43a reicht die Feststellung, dass die Voraussetzungen der Pflegestufe I erfüllt sind.

(2) Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens 3 Stunden betragen; hierbei müssen für die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens 5 Stunden betragen; hierbei müssen für die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.