

Allgemeine Bedingungen

für die Pflegerentenversicherung mit aufgeschobener Schutzphase

Swiss Life Pflege- & Vermögensschutz

Stand: 04.2016 (AVB_EV_APV_2016_04)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

die folgenden Bedingungen informieren Sie über Regeln, die für Ihren Versicherungsvertrag gelten.

Zur besseren Lesbarkeit erfolgen Personenbezeichnungen in der Einzahl, auch wenn mehr als eine Person angesprochen sein könnte. Alle Personen- und Funktionsbezeichnungen beziehen sich in gleicher Weise auf Frauen und Männer.

Die sich aus den gesetzlichen Vorschriften und den Allgemeinen Bedingungen ergebenden Rechte und Pflichten gelten für den Versicherungsnehmer; einzelne Vorschriften auch für die Versicherte Person.

Die Pflegerentenversicherung kann von privaten Personen als Privatvertrag abgeschlossen werden.

Um Ihnen das Lesen der Allgemeinen Bedingungen zu erleichtern, erläutern wir Ihnen zunächst die wichtigsten Begriffe.

Beitrag

Der Betrag, der für die vereinbarte Versicherung zu zahlen ist; im Versicherungsvertragsgesetz wird der Beitrag als Prämie bezeichnet.

Bezugsberechtigter

Vom Versicherungsnehmer gegenüber Swiss Life in Textform festgelegter Empfänger der Versicherungsleistungen.

Bewertungsreserven

Aus der Differenz zwischen den nach dem Niederwertprinzip angesetzten Buchwerten und den höheren Marktwerten von Kapitalanlagen ergeben sich die Bewertungsreserven.

Deckungskapital

Die nicht für die Risikoübernahme und Kosten verbrauchten Beitragsteile sowie die dem Vertrag zugeordneten Überschussanteile bilden das Deckungskapital.

Deckungskapital mit Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten

Das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten 60 Monate der Versicherungsdauer ergibt. Die Abschluss- und Vertriebskos-

ten werden unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe Abschnitt 7) angesetzt.

Rechnungsgrundlagen

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen, die für die Kalkulation Ihrer Versicherung benötigt werden:

- Pflegefall- und Todesfallrisiko (unternehmenseigene Pflegeversicherungstafeln SL 2015 P),
- Rechnungszins in Höhe von 1,25 %,
- Kosten (z. B. für Verwaltung des Vertrags).

Schutzphase

Ein Leistungsanspruch entsteht mit Beginn der Schutzphase. Der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und Beginn der Schutzphase stellt eine leistungsfreie Zeit dar. Ist die Versicherte Person zu Beginn der Schutzphase bereits pflegebedürftig, beginnt die Leistungspflicht ab Beginn der Schutzphase. Während der leistungsfreien Zeit besteht kein Anspruch auf Pflegerentenzahlung bzw. Zahlung einer gegebenenfalls vereinbarten Einmalleistung.

Überschussanteile

Überschussanteile resultieren aus den von Swiss Life erzielten Gewinnen. Man unterscheidet z. B. zwischen Zins- und Risikoüberschüssen. Zinsüberschüsse werden durch gewinnbringende Kapitalanlagen von Swiss Life erwirtschaftet. Risikoüber-

schüsse ergeben sich aus der vorsichtigen Kalkulation der Versicherungen (z. B. wenn weniger Pflegefälle als kalkuliert auftreten).

Versicherte Person

Person, auf deren Leben der Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Antragsteller für die Versicherung.

Versicherungsperiode

Die Versicherungsperiode beträgt bei einmaliger Beitragszahlung ein Jahr. Bei laufender Beitragszahlung entspricht sie dem jeweiligen Beitragszahlungsabschnitt.

Inhalt

1	Versicherungsschutz	5	7	Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten	18
1.1	Wann beginnt der Versicherungsschutz?	5	7.1	Welche Kosten entstehen?	18
1.2	Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor und wie erfolgt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit?	5	7.2	Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart.....	19
1.3	Wann endet Ihr Versicherungsschutz?	7	7.3	Höhe der einkalkulierten Kosten.....	19
1.4	Wie sind das Versicherungsjahr und die Versicherungsperiode definiert?	7			
2	Versicherungsleistungen	7	8	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung	19
2.1	Welche Leistungen erbringen wir?	7	8.1	Welchen Hintergrund hat der Abzug?	19
2.2	Welche Leistungsformen können Sie vereinbaren?	8	8.2	Angemessenheit des Abzugs	20
2.3	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	9	8.3	Wann wird auf einen Abzug verzichtet?	20
2.4	Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?	9			
2.5	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	10	9	Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung	20
2.6	Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?	11	9.1	Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?	20
2.7	Wer erhält die Versicherungsleistung?.....	12	9.2	Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?	20
			9.3	Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?	21
3	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten ..	12	10	Sonstige Änderungen der Versicherung	22
3.1	Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?	12	10.1	Welche Bestimmungen können geändert werden?	22
3.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	13	10.2	Welche Anpassungsoptionen gibt es?	22
3.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	14	10.3	Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?	23
3.4	Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?	14			
3.5	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	15	11	Weitere Bestimmungen	23
3.6	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	15	11.1	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	23
4	Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit	15	11.2	Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?	23
4.1	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?	15	11.3	Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?.....	24
5	Einschränkungen und Ausschlüsse	16	11.4	Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?	24
5.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt?.....	16	11.5	Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?	25
5.2	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	16			
6	Beitragszahlung	17	12	Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?	25
6.1	Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten und was ist vereinbart?	17	12.1	Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags	25
6.2	Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	17	12.2	Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit	25
6.3	Beitragsdynamik.....	18	12.3	Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit	26
			12.4	Überschussbeteiligung und -verwendung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit	26

12.5	Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Rentenbeginn	26
12.6	Beteiligung an den Bewertungsreserven ab Rentenbeginn	27
12.7	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung.....	28
Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2010).....		29

1 Versicherungsschutz

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Unsere Leistungspflicht entfällt allerdings, wenn Sie den ersten Beitrag oder einmaligen Beitrag (Einlösungsbeitrag) nicht rechtzeitig bezahlen. Die Leistungspflicht beginnt mit dem Beginn der Schutzphase (siehe 2.1).

1.2 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor und wie erfolgt die Einstufung der Pflegebedürftigkeit?

1.2.1 Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2010 (siehe 1.2.2) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 1.2.7) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 1.2.12).

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.

Die Kriterien für die Festlegung der Pflegestufe sind abhängig von der Art der Pflegebedürftigkeit. Die Pflegestufe ist maßgebend für die Höhe Ihres Leistungsanspruchs. Nach Prüfung aller Arten von Pflegebedürftigkeit wird bei der Festlegung unserer Leistungen die höchste festgestellte Pflegestufe zugrunde gelegt.

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

1.2.2 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 Antriebs-, 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 Aufsichtigung 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.

1.2.3 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn die Versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, 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 III mindestens 5 Stunden betragen. Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

1.2.4 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn die Versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten 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 II mindestens 3 Stunden betragen. Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen.

1.2.5 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.

1.2.6 Bei der Feststellung des in 1.2.3 bis 1.2.5 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 Verrichtung gemäß 1.2.2 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.

Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

1.2.7 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens 3 der in 1.2.8 genannten Aktivitäten des täglichen Lebens – auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel – täglich der Hilfe einer anderen Person in erheblichem Umfang bedarf.

1.2.8 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 ärzt-

lich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

Bei der Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und der Einstufung in die Pflegestufen I, II und III gemäß 1.2.9 bis 1.2.11 wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

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 Bettenschüssel 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.

1.2.9 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III liegt vor, wenn die Versicherte Person mindestens bei

5 Aktivitäten des täglichen Lebens gemäß 1.2.8 der Hilfe in dem dort beschriebenen Umfang bedarf.

1.2.10 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II liegt vor, wenn die Versicherte Person mindestens bei 4 Aktivitäten des täglichen Lebens gemäß 1.2.8 der Hilfe in dem dort beschriebenen Umfang bedarf.

1.2.11 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe I liegt vor, wenn die Versicherte Person mindestens bei 3 Aktivitäten des täglichen Lebens gemäß 1.2.8 der Hilfe in dem dort beschriebenen Umfang bedarf.

Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

1.2.12 Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem oder höherem 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. Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg:

- „Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen“ des Schweregrads 7 für die Einstufung in Pflegestufe III,
- „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 für die Einstufung in Pflegestufe II 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 alle aufgeführten Kriterien erfüllt, erfolgt die Einstufung in Pflegestufe III.

Sind 4 der 6 aufgeführten Kriterien erfüllt, erfolgt die Einstufung in Pflegestufe II.

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

1.3 Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet mit dem Tod der Versicherten Person bzw. mit Kündigung des Vertrags.

1.4 Wie sind das Versicherungsjahr und die Versicherungsperiode definiert?

1.4.1 Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns und dauert grundsätzlich 12 Monate. Die Versicherungsperiode fällt bei Einmalbeitrags- und jährlicher Beitragszahlung mit dem Versicherungsjahr zusammen. Bei unterjähriger Beitragszahlung umfasst die Versicherungsperiode entsprechend der Beitragszahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

2 Versicherungsleistungen

2.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Leistungen bei Pflegebedürftigkeit

Ein Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person entsteht mit Beginn der Schutzphase. Der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und Beginn der Schutzphase stellt eine leistungsfreie Zeit dar, während der keine Ansprüche wegen Pflegebedürftigkeit bestehen, auch wenn Pflegebedürftigkeit vor Beginn der Schutzphase eingetreten ist. Den Beginn der Schutzphase finden Sie im Versicherungsschein. Wir erbringen in Abhängigkeit der festgestellten Pflegestufe sowie des versicherten Leistungsumfangs nachfolgend aufgeführte Leistungen.

2.1.1 Wir zahlen die zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit vereinbarte Rente monatlich im Voraus.

2.1.2 Zusätzlich sind Sie ab Beginn der Pflegerentenzahlung von der Zahlung der vereinbarten Beiträge befreit. Sie sind auch befreit, wenn Pflegebedürftigkeit während der Schutzphase vorliegt, aber aufgrund der vereinbarten Leistungshöhe von 0 % keine Pflegerente gezahlt wird (fiktiver Rentenbeginn).

2.1.3 Sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart, zahlen wir bei Beginn der Pflegerentenzahlung eine Einmalleistung in Höhe von 6 der zu Leistungsbeginn vereinbarten garantierten monatlichen Pflegerenten der

Pflegestufe III. Ist eine Leistungshöhe von 0 % vereinbart und zahlen wir deshalb keine Pflegerente, zahlen wir die Einmalleistung zum Zeitpunkt des fiktiven Rentenbeginns.

Die Einmalleistung wird auch dann in voller Höhe gewährt, wenn wegen der jeweiligen Leistungsform (siehe 2.2) die Pflegerente nur anteilig oder wegen der vereinbarten Leistungshöhe von 0 % keine Pflegerente gezahlt wird.

Der Anspruch auf Einmalleistung besteht während der Versicherungsdauer einmalig und wird zusammen mit der ersten Pflegerentenzahlung bzw. zum Zeitpunkt des fiktiven Rentenbeginns fällig.

Leistungen im Todesfall

2.1.4 Wir zahlen ein garantierte Todesfallleistung bei Tod der Versicherten Person

- vor Beginn der Schutzphase unabhängig vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
- während der Schutzphase, sofern keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
- nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit während der Schutzphase (sofern gegen Mehrbeitrag vereinbart).

Die Höhe dieser Todesfallleistung berechnet sich aus dem mit Ihnen vereinbarten Mindest-Prozentsatz und der Summe der bis zum Todesfallzeitpunkt gezahlten (Einmal-)Beiträge. Sie können bei Vertragsabschluss 75 % oder 90 % festlegen, Bei beitragsfrei gestellten Versicherungen tritt der garantierte Rückkaufswert zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung an die Stelle der Summe der gezahlten Beiträge.

Bereits gezahlte tarifliche Pflegerenten sowie die gegebenenfalls mitversicherte Einmalleistung (siehe 2.1.3) ziehen wir von der Todesfallleistung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab.

Rechnungsgrundlagen

2.1.5 Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf unternehmenseigenen Pflegeversicherungstabellen SL 2015 P und einem Rechnungszins in Höhe von 1,25 %.

Sonstige Regelungen

2.1.6 Nach 18 Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung in der Pflegestufe III aus diesem Vertrag erfolgt keine Herabsetzung der Pflegerente wegen einer geringeren Pflegestufe oder bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit. Die Versicherte Person gilt in diesem Fall als weiterhin pflegebedürftig in der Pflege-

gestufe III im Sinne dieses Vertrags.

2.1.7 Unser Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit (siehe 5.1).

2.1.8 Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Abschnitt 12).

2.1.9 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.

2.2 Welche Leistungsformen können Sie vereinbaren?

Für die Leistung gemäß 2.1.1 können Sie im Versicherungsantrag zwischen 3 Leistungsformen wählen:

2.2.1 Komfort-Schutz

- Volle Rentenhöhe bei Vorliegen der Pflegestufe III nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.3) bzw. bei mindestens 5 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.9) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 7 (siehe 1.2.12),
- 50 % der vereinbarten Rente bei Vorliegen der Pflegestufe II nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.4) bzw. bei mindestens 4 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.10) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 5 (siehe 1.2.12),
- 25 % der vereinbarten Rente bei Vorliegen der Pflegestufe I nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.5) bzw. bei mindestens 3 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.11).

2.2.2 Premium-Schutz

- Volle Rentenhöhe bei Vorliegen der Pflegestufe III nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.3) bzw. bei mindestens 5 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.9) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 7 (siehe 1.2.12),
- 75 % der vereinbarten Rente bei Vorliegen der Pflegestufe II nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.4) bzw. bei mindestens 4 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.10) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 5 (siehe 1.2.12),

- 50 % der vereinbarten Rente bei Vorliegen der Pflegestufe I nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.5) bzw. bei mindestens 3 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.11).

2.2.3 Individual-Schutz

- Volle Rentenhöhe bei Vorliegen der Pflegestufe III nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.3) bzw. bei mindestens 5 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.9) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 7 (siehe 1.2.12),
- Individuell vereinbarter Prozentsatz der vereinbarten Rente bei Vorliegen der Pflegestufe II nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.4) bzw. bei mindestens 4 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.10) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 5 (siehe 1.2.12),
- Individuell vereinbarter Prozentsatz der vereinbarten Rente bei Vorliegen der Pflegestufe I nach SGB XI mit Stand 01.01.2010 (siehe 1.2.5) bzw. bei mindestens 3 Pflegepunkten (siehe 1.2.8 und 1.2.11).

Als individuell vereinbarten Prozentsatz können Sie Null oder ein ganzzahliges Vielfaches von 5, höchstens 100, wählen. Der für die Pflegestufe I vereinbarte Prozentsatz darf nicht höher als in Pflegestufe II sein und muss mindestens 50 Euro im Monat betragen.

2.2.4 Die für Ihren Vertrag vereinbarte Leistungsform und Leistungshöhen sind im Versicherungsschein dokumentiert.

2.3 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung in der Schutzphase

2.3.1 Auch nach Anmeldung von Pflegebedürftigkeit während der Schutzphase sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die zukünftigen Beiträge bis zur Entscheidung über unsere endgültige Leistungspflicht. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

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

2.3.2 Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind 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.

2.3.3 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 unverzinst zurück.

2.4 Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?

2.4.1 Der Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit entsteht erst mit Beginn der Schutzphase. Während der Schutzphase entsteht der Anspruch auf Leistungen bzw. auf Erhöhung der Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist bzw. in dem sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit erhöht hat (Übergang in eine höhere Pflegestufe).

2.4.2 Ist die Versicherte Person mindestens 6 Monate pflegebedürftig gewesen, obwohl diese Dauer bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht voraussehbar war, leisten wir ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit, frühestens jedoch ab Beginn der Schutzphase gemäß der vereinbarten Leistungsform (siehe 2.2).

2.4.3 Ihre Anspruchstellung ist uns unverzüglich anzuzeigen, wenn die 6-monatige Mindestdauer der Pflegebedürftigkeit ärztlicherseits voraussehbar oder bereits eingetreten ist.

2.4.4 Bei späterer Anzeige erbringen wir Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit auch rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit. Dasselbe gilt für Ihren Anspruch auf eine Erhöhung der Pflegerente wegen einer Erhöhung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit.

Der rückwirkende Leistungsanspruch auf Pflegerenten bzw. eine vereinbarte Einmalleistung wird in einem Betrag ausgezahlt. Der rückwirkende Leistungsanspruch umfasst ausschließlich den Zeitraum zwischen Beginn der Schutzphase und Anzeige der Pflegebedürftigkeit.

2.4.5 Der Anspruch auf Pflegerentenzahlung und Zahlung der vereinbarten Einmalleistung erlischt, wenn die Versicherte Person stirbt. Ist die Versicherte Person pflegebedürftig und verstirbt, ohne dass

die Pflegebedürftigkeit gemäß 2.4.3 angezeigt wurde, so werden die Leistungen aus dem Vertrag in dem Umfang erbracht, als wäre die Pflegebedürftigkeit angezeigt worden.

2.4.6 Wenn sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit mindert, so dass die in 2.2.1 bis 2.2.3 genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, dann mindert sich gemäß der vereinbarten Leistungsform der Rentenanspruch (Übergang in eine niedrigere Pflegestufe) bzw. er erlischt. Verminderung und Erlöschen der Leistung erfolgen mit Ablauf des Monats, in dem sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit reduziert hat.

Liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor, lebt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder auf, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

Vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen führen zu keiner Änderung der Rentenleistung. Eine Erkrankung oder Besserung gilt nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.

Verfügungen

2.4.7 Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie.

2.4.8 Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Wenn Sie ein Bezugsrecht widerruflich bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

2.4.9 Sie können das Recht auf die Leistung bis zum Eintritt des jeweiligen Versicherungsfalls grundsätzlich ganz oder teilweise an Dritte abtreten und verpfänden, soweit derartige Verfügungen rechtlich möglich sind.

2.4.10 Die Einräumung und der Widerruf eines Be-

zugsrechts sowie die Abtretung und die Verpfändung sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Schriftform angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

2.5 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

2.5.1 Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Pflegerentenversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 3.1 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.

2.5.2 Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 3.1.2) vor, erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und ab wann wir Leistungen anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

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

2.5.4 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.

2.5.5 Die Prüfung der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß 1.2 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß 4.1 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 befristeten Leistungszeitraums gemäß 2.5.3 verzichten wir.

2.5.6 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.

2.6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

2.6.1 Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den etwaigen Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden gemäß den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen. Sie können den Geschäftsbericht jederzeit bei uns anfordern.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

Wir beteiligen Sie gemäß der jeweils gültigen Fassung der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) an den Überschüssen.

2.6.2 Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Pflegerisiko sowie die Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung und die Kosten günstiger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden Sie als Versicherungsnehmer gemäß den jeweils geltenden gesetzlichen Vorgaben angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Pflegerisiko und Sterblichkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung in ihrer jeweils gültigen Fassung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Daraus werden zunächst die garantierten Versicherungsleistungen finanziert. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer.

2.6.3 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen

unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu sogenannten Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall-, Langlebigkeits-, Pflegefall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Abs. 1 Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir im Interesse der Versicherungsnehmer die Rückstellung für Beitragsrückerstattung auch heranziehen: zur Abwendung eines drohenden Notstands oder zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung, wenn die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen.

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

2.6.4 Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ermitteln wir mindestens einmal jährlich neu und ordnen sie nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch den Verträgen zu. Ein Anspruch auf Beteiligung an den Bewertungsreserven entsteht jedoch erst bei Vertragsende bzw. Pflegerentenzahlungsbeginn. Der dann für diesen Zeitpunkt ermittelte Betrag wird zur Hälfte zugeteilt. Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen. Aufsichtsrechtliche Regelungen

zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

2.6.5 Weitere wesentliche Regelungen und Informationen zur Überschussbeteiligung und zu den Überschussverwendungs-Systemen finden Sie im Abschnitt 12.

2.7 Wer erhält die Versicherungsleistung?

2.7.1 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 in Textform widerrufen.

2.7.2 Sie können ausdrücklich in Textform 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.

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

3 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

3.1 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?

Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

3.1.1 Werden Leistungen aus der Versicherung wegen Pflegebedürftigkeit bzw. wegen Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit verlangt, hat uns der Versicherungsnehmer, die Versicherte Person oder der berechtigte Dritte die ärztliche Feststellung der versicherten Pflegebedürftigkeit anzuzeigen. Hierfür sind uns ohne schuldhaftes Verzögern folgende Unterlagen einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit, z. B. das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung,

- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit.
- eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen bei den die Versicherte Person in Behandlung war oder ist und Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Berufsunfähigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und früheren Arbeitgeber.

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

Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist ärztlich nachzuweisen. Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrads der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie) durchgeführt und bestätigt werden.

3.1.2 Wir können zur Feststellung unserer Leistungspflicht außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern.

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 Untersuchungskosten übernehmen wir, nicht jedoch Reise- und Aufenthaltskosten. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Hinweis zu Arztanordnungen

3.1.3 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.

3.1.4 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 Besserung (Verringerung oder Wegfall der Pflegebedürftigkeit) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Prothesen).

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

Während des Leistungsbezugs

3.1.6 Werden Leistungen aufgrund einer höheren oder niedrigeren Pflegestufe verlangt, so gelten 3.1.1 bis 3.1.5 sinngemäß. Eine Leistung aufgrund einer höheren oder niedrigeren Pflegestufe erbringen wir während der Schutzphase mit Ablauf des Monats in dem die höhere oder niedrigere Pflegestufe eingetreten ist. Bei verspäteter Anzeige gilt 2.4.4 entsprechend.

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

3.2.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen bzw. abzugebenden Erklärungen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen bzw. Erklärungen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie ärztlichen Behandlungen.

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

Rücktritt

3.2.3 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (siehe 3.2.2) 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.

3.2.4 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.

3.2.5 Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Leistungsbetrag gemäß 9.3.3. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

3.2.6 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.

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

3.2.8 Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 9.2).

Rückwirkende Vertragsanpassung

3.2.9 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.

3.2.10 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 in Textform kündigen. In der Mitteilung werden wir Sie auf das Kündigungsrecht hinweisen.

Ausübung unserer Rechte

3.2.11 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.

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

3.2.13 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.

3.2.14 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.

Anfechtung

3.2.15 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehemung 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. 3.2.5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

3.2.16 Die Regelungen in 3.2.1 bis 3.2.15 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 3.2.13 beginnen

mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

3.2.17 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.

3.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

3.3.1 Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 3.1 oder 4 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht 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.

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

3.4 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

3.4.1 Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die notwendigen Daten bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist. Dies betrifft insbesondere unwiderruflich

bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen. Als Versicherungsnehmer willigen Sie unwiderruflich ein, dass Swiss Life befugt ist, sämtliche notwendigen Daten an die zuständigen Behörden in Erfüllung rechtlicher Pflichten weiterzuleiten.

3.4.2 Notwendige Daten sind insbesondere Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen Steuerpflicht und der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, maßgebend sein können. Dazu zählen u. a. die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort, der Wohnsitz, die Postanschrift, die Bankverbindung oder der Status als US-Person im Sinne des US-Foreign Account Tax Compliance Act, z. B. durch Heirat, Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung („Green Card“) oder einen längeren US-Aufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

3.4.3 Falls Sie uns die notwendigen Daten nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie trotz einer nicht bestehenden Steuerpflicht davon ausgehen, dass wir Ihre Vertragsdaten in Erfüllung rechtlicher Pflichten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden melden.

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

3.5.1 Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform (z. B. E-Mail, Fax) erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

3.5.2 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.

3.6 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

3.6.1 Bei Tod der Versicherten Person enden die Leistungen und die Pflegerentenversicherung zum Ende des Sterbemonats. Bei Tod innerhalb der Versicherungsdauer kommt die vereinbarte Todesfallleistung zur Auszahlung (siehe 2.1.4).

3.6.2 Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Uns ist eine

amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Geburtsdatum, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt.

3.6.3 Ferner ist uns ein ausführliches ärztliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der Versicherten Person geführt hat, vorzulegen.

3.6.4 Liegt keine Pflegebedürftigkeit zum Todeszeitpunkt vor, ist von den Bezugsberechtigten der Todesfallleistung eine Bestätigung hierüber in Textform abzugeben. Zusätzlich behalten wir uns das Recht vor, diese nachzuprüfen.

3.6.5 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

4 Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

4.1 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

4.1.1 Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit und ihren Umfang nachzuprüfen.

4.1.2 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 3.1.2 und 3.1.6 gelten entsprechend.

4.1.3 Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich mitzuteilen:

- eine Änderung der Art und des Umfangs der Pflegebedürftigkeit,
- einen Auslandsaufenthalt von mehr als 3 vollen Kalendermonaten (siehe 5.1).

4.1.4 Wir können im Leistungsfall jährlich eine amtlich beglaubigte Lebensbescheinigung für die Versicherte Person verlangen. Versäumen Sie die rechtzeitige Vorlage der Unterlagen, ruht die Rentenzahlung mit Ablauf des 3. Monats nach Aufforderung zur Einreichung der Unterlagen und die laufende Beitragszahlung ist wieder aufzunehmen, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist. Zur Vorlage des Nachweises werden wir Sie jeweils ausdrücklich auffordern.

4.1.5 Hat sich die Art der Pflegebedürftigkeit geändert bzw. ihr Umfang gemindert, setzen wir gemäß 3.1.6 gegebenenfalls unsere Leistungen herab oder stellen sie ein. Entsprechend kann Ihre Pflicht zur Beitragszahlung wieder beginnen, sofern die verein-

barte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

Ist die Pflegebedürftigkeit weggefallen, stellen wir 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, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

2.1.6 bleibt hiervon unberührt.

4.1.6 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

5 Einschränkungen und Ausschlüsse

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

5.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt?

5.1.1 Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit.

5.1.2 Der Anspruch auf Pflegerentenzahlungen ruht in den Kalendermonaten, in denen die Versicherte Person außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt außerhalb dieses Gebiets nicht länger als 3 volle Kalendermonate andauert oder wir einer längeren Pflege außerhalb dieses Gebiets zugestimmt haben.

Bei Rückkehr und Pflege der Versicherten Person in der Europäischen Union, der Schweiz oder in Norwegen lebt die Pflegerentenzahlung wieder auf. Eine Nachzahlung der Pflegerenten für den Zeitraum der Pflege außerhalb dieses Gebiets erfolgt nicht.

Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bleibt hiervon unberührt.

5.2 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nichts anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall

verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse 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 pflegebedürftig wird 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, mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- durch vorsätzliche Selbsttötung. Hier leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung 3 Jahre vergangen sind. Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der 3-Jahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufswert Ihrer Versicherung gemäß 9.3.3, jedoch nicht mehr als eine gegebenenfalls für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung. Bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung gelten die vorangegangenen Sätze dieses Aufzählungspunktes entsprechend. Die 3-Jahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde;
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Un-

sere Leistungen sind nicht ausgeschlossen, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte vorsätzlich im Sinne des Strafrechts die Pflegebedürftigkeit oder den Tod der Versicherten Person herbeigeführt hat.

6 Beitragszahlung

6.1 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten und was ist vereinbart?

6.1.1 Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Außerdem können Sie Ihre laufende Beitragszahlung um eine zusätzliche Einmalzahlung bei Versicherungsbeginn ergänzen.

6.1.2 Laufende Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

6.1.3 Der erste Beitrag oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Ist eine zusätzliche Einmalzahlung bei Versicherungsbeginn vereinbart, ist diese Bestandteil des Einlösungsbeitrags. Der erste laufende Beitrag und die zusätzliche Einmalzahlung bilden eine Einheit.

6.1.4 Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag bei Fälligkeit eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

6.1.5 Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

6.1.6 Im Versicherungsfall werden wir etwaige Beitragsrückstände mit der Versicherungsleistung verrechnen.

6.1.7 Bei Tod der Versicherten Person endet bei monatlicher Beitragszahlung die Beitragszahlungspflicht mit Ablauf des Todesmonats, ansonsten mit Ablauf des Beitragszahlungsabschnitts.

6.2 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einlösungsbeitrag

6.2.1 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

6.2.2 Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

6.2.3 Treten wir nicht zurück, sind Sie zur Beitragszahlung verpflichtet.

Folgebeitrag

6.2.4 Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Beitrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Des Weiteren haben wir das Recht, den Vertrag zum Ablauf der Zahlungsfrist zu kündigen, sofern Sie mit der Zahlung in Verzug geblieben sind. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden. Auf die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

Für die Berechnung des verminderten Versiche-

rungsschutzes und des Rückkaufswerts gelten die Regelungen zur Beitragsfreistellung bzw. zur Auszahlung eines Rückkaufswerts bei Kündigung.

6.3 Beitragsdynamik

6.3.1 Sie haben die Möglichkeit, bei Vertragsabschluss eine Beitragsdynamik zu vereinbaren, bei der sich die Beiträge um einen festen Prozentsatz zwischen 2 und 5 % erhöhen (Form B). Die Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung errechnet sich aus der Beitragserhöhung.

6.3.2 Der Prozentsatz der Beitragsdynamik ist im Versicherungsschein dokumentiert.

Durchführung der Dynamik

6.3.3 Die Erhöhungen der Beiträge und der Versicherungsleistungen erfolgen jährlich zu Beginn eines Versicherungsjahres. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des 3. Versicherungsjahres.

6.3.4 Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin, sofern die höheren Beiträge gezahlt wurden.

6.3.5 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten versicherungstechnischen Alter der Versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den ursprünglichen Annahmbedingungen und den bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen, soweit gesetzliche oder aufsichtsbehördliche Bestimmungen nichts anderes festlegen oder empfehlen.

Die Versicherungsleistungen erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die Beiträge.

Ende bzw. Aussetzen der Dynamik

6.3.6 Die Erhöhungen erfolgen bis zum planmäßigen Ablauf der Beitragszahlungsdauer, höchstens jedoch bis die Versicherte Person das versicherungstechnische Alter von 75 Jahren erreicht hat. Sie enden vorzeitig in dem Jahr, in dem die Höhe von monatlich 3.500 Euro aller bei Swiss Life versicherten Pflgerenten für die Pflegestufe III für die Versicherte Person erreicht wurde.

6.3.7 Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des ersten Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den ersten erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach

dem Erhöhungstermin zahlen.

6.3.8 Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

6.3.9 Sollten Sie mehr als 2-mal hintereinander von der Erhöhung keinen Gebrauch machen, so erlischt Ihr Recht auf weitere Erhöhungen; es kann jedoch mit unserer Zustimmung und positiver Gesundheitsprüfung wieder neu begründet werden.

6.3.10 Besteht ein Leistungsanspruch, so entfällt während der Dauer des Versicherungsfalls die weitere Erhöhung der Beiträge und Leistungen.

Weitere Dynamikbestimmungen

6.3.11 Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Abschnitt 7 (Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten).

6.3.12 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Versicherungsvertrag setzt die Fristen für die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht und der Selbsttötung nicht erneut in Lauf.

7 Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

7.1 Welche Kosten entstehen?

7.1.1 Mit Versicherungsverträgen sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihre Beiträge einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

7.1.2 Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die **Verwaltungskosten**. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt. Für die Abschluss- und Vertriebskosten gelten die Regelungen des folgenden Abschnitts.

7.1.3 Mit einem Teil dieser Kosten wird gemäß 7.2 verfahren. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

7.2 Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

7.2.1 Es ist vereinbart, dass die Abschluss- und Vertriebskosten während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen bzw. dem Einmalbeitrag getilgt werden.

7.2.2 Maßgebend ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung). Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Abs. 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Abs. 3 VVG bestimmt sind.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

7.2.3 Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beitragsteile zur Bildung der beitragsfreien Rente oder für den Rückkaufswert verwendet werden können.

7.3 Höhe der einkalkulierten Kosten

Die Höhe der Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten zu Ihrem Vertrag ist in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert. Die Entwicklung des Rückkaufswerts sowie der beitragsfreien Versicherungsleistungen können Sie der Ihnen überlassenen Tabelle entnehmen.

8 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung

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

Die Höhe des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Auch im Versicherungsschein haben wir den Abzug in Euro und Cent für Sie beziffert. Sie

finden die Werte jeweils unter der Überschrift „Garantierte Leistungen bei Beitragsfreistellung“.

8.1 Welchen Hintergrund hat der Abzug?

Mit dem Abzug wird ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital sowie für verminderte Kapitalerträge aufgrund vorzeitiger Fälligkeit vorgenommen. Außerdem wird die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

8.1.1 Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher solche Mittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Mittel dem verbleibenden Bestand verloren; bei einer Beitragsfreistellung zumindest die zukünftig eingeplanten Solvenzmittel. Deshalb müssen diese verlorengegangenen Mittel im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Ausgleich für verminderte Kapitalerträge

8.1.2 Versicherungsprodukte bieten Versicherungsschutz für eine vereinbarte Vertragsdauer. Entsprechend orientiert sich die Anlagedauer von Kapitalanlagen an den Laufzeiten der Versicherungsverträge. Zur stetigen Ertragserzielung werden Kapitalien vor allem in festverzinsliche Wertpapiere angelegt. Eine Vertragskündigung kann ein vorzeitiges Auflösen von Wertpapierpositionen erfordern.

Veränderungen der Risikolage

8.1.3 Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Vertragskündigung kein Nachteil entsteht. Gleiches gilt bei Beitragsfreistellung in dem Umfang, wie sich das Risiko reduziert.

8.2 Angemessenheit des Abzugs

8.2.1 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 und ein Ausgleich für verminderte Kapitalerträge vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung oder 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.

8.3 Wann wird auf einen Abzug verzichtet?

Bei Kündigung einer außerplanmäßig beitragsfrei gestellten Versicherung verzichten wir auf einen Abzug nur insoweit, als dieser nicht zum Ausgleich für Veränderungen der Risikolage erhoben wird.

9 Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung

9.1 Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?

Stundung der Beiträge

9.1.1 Sie können für den Zeitraum von höchstens 12 Monaten eine Stundung oder Teilstundung der fälligen Beiträge unter Aufrechterhaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, sofern die Versicherung bereits den Rückkaufswert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Hierfür fallen Stundungszinsen an. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

- mit einer Nachzahlung entrichten,
- durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

9.1.2 Auf die Stundung der Beiträge räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

9.2 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

9.2.1 Sie können jederzeit zum Schluss einer Versi-

cherungsperiode in Textform verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

9.2.2 Setzen Sie die Beitragszahlung aus, verringert sich Ihr Versicherungsschutz. Bei Beitragsfreistellung setzen wir die versicherte Leistung ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Leistung herab.

9.2.3 Die beitragsfreie Leistung wird zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswerts gemäß 9.3.3, vermindert um den gemäß Abschnitt 8 vereinbarten Abzug und um ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge), errechnet.

Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für diesen Vertrag gelten.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 7) nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Pflegerente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

9.2.4 Eine Fortführung der Versicherung bei einer Beitragsfreistellung ist allerdings nur möglich, wenn die beitragsfreie Pflegerente mindestens 250 Euro pro Monat beträgt.

Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die zu berechnende beitragsfreie Pflegerente den Mindestbetrag von 250 Euro pro Monat nicht, erhalten Sie stattdessen den Leistungsbetrag gemäß 9.3.3.

Teilweise Beitragsfreistellung

9.2.5 Auch bei teilweiser Beitragsfreistellung gelten die vorstehenden Regelungen zur vollständigen Beitragsfreistellung entsprechend. Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so ist der Antrag nur wirksam, wenn die verbleibende garantierte Pflegerente 250 Euro pro Monat erreicht.

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

9.2.6 Soll eine herabgesetzte beitragsfreie oder wegen Beitragsfreistellung erloschene Versicherung

wieder in Kraft gesetzt werden, haben wir das Recht, eine Risikoprüfung erneut durchzuführen.

Erfolgt die Wiederinkraftsetzung innerhalb von 6 Monaten nach Beitragsfreistellung oder Löschung bzw. ab dem Zeitpunkt, ab dem die Beiträge unbezahlt sind, verzichten wir auf eine Gesundheitsprüfung, sofern der Versicherungsfall zum Zeitpunkt des Zugangs des Antrags auf Wiederinkraftsetzung noch nicht eingetreten ist.

9.3 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen und welche Folgen hat dies?

9.3.1 Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche, jährliche oder einmalige Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauffolgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode abweichend von 1.4.1 mit Ablauf dieser Frist. Eine Kündigung während des Leistungsbezugs wegen Pflegebedürftigkeit (Beitragsbefreiung oder Pflegerente) ist nicht möglich.

Mit Wirksamwerden der Kündigung erlischt der rückwirkende Leistungsanspruch gemäß 2.4.4.

Rückkaufswert bei Kündigung

9.3.2 Bei Kündigung erstatten wir den Leistungsbetrag nach Maßgabe der folgenden Abschnitte 9.3.3 bis 9.3.5. Die Auszahlung erfolgt spätestens am 3. Bankarbeitstag nach Wirksamwerden Ihrer Kündigung. Wird die Kündigung bereits zum Ende des Monats wirksam, in dem uns Ihre Kündigungserklärung zugeht, zahlen wir den Leistungsbetrag spätestens 30 Kalendertage nach Zugang Ihrer Kündigungserklärung.

9.3.3 Der Rückkaufswert gemäß § 169 Abs. 3 VVG ist das zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital mit gleichmäßiger Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten.

Die Berechnung erfolgt nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation, die für diesen Vertrag gelten.

Wir sind gemäß § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den Rückkaufswert angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauerhaften Erfüllbarkeit der

sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

Bitte beachten Sie, dass der Rückkaufswert nicht notwendig dem Leistungsbetrag entspricht. Der **Leistungsbetrag** ergibt sich vielmehr wie folgt:

Rückkaufswert (§ 169 Abs. 3 VVG)
abzüglich Abzug (Abschnitt 8)
zuzüglich zugeteilte laufende Überschussanteile*
zuzüglich Schlussüberschussanteile*
zuzüglich Beteiligung an Bewertungsreserven*

* soweit gemäß den Regelungen in Abschnitt 12 zugeteilt

Vorhandene Beitragsrückstände, nicht zurückgezahlte Vorauszahlungen oder sonstige Forderungen werden vom Leistungsbetrag abgezogen, ebenso einzubehaltende und abzuführende Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge.

Dieser Leistungsbetrag kann also sowohl höher, als auch niedriger als der Rückkaufswert sein. Die Höhe des Rückkaufswerts und des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Sie finden die Werte jeweils unter der Überschrift „Garantierte Leistungen bei Kündigung“.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 7) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden. Der Rückkaufswert erreicht auch in den Folgejahren nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags finanziert werden. Sowohl in der Anfangszeit als auch in den Jahren danach erfolgt bei Kündigung oder Beitragsfreistellung der in Abschnitt 8 genannte Abzug. Nähere Informationen zum Rückkaufswert, seiner Höhe und darüber, in welchem Ausmaß er garantiert ist, können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

Teilweise Kündigung

9.3.4 Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende Pflegerente nicht unter 250 Euro pro Monat sinkt.

Beitragsrückzahlung

9.3.5 Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

10 Sonstige Änderungen der Versicherung

10.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?

10.1.1 Wir sind berechtigt, wenn es zur Fortführung dieser Versicherung notwendig ist, Vertragsbestimmungen, die durch eine höchststrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandkräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt wurden, unter Beachtung gegenseitiger Interessen durch Regelungen zu ersetzen, die für beide Seiten zumutbar sind und dem Vertragszweck möglichst gerecht werden.

Diese neuen Regelungen werden 2 Wochen, nachdem die neuen Regelungen und die hierfür maßgeblichen Gründe dem Versicherungsnehmer mitgeteilt worden sind, Vertragsbestandteil.

10.2 Welche Anpassungsoptionen gibt es?

10.2.1 Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang der bestehenden Pflegerentenversicherung ohne erneute medizinische Risikoprüfung anzupassen, bei

- einem Absinken der nicht garantierten Bonusrente aus dem mechanischen Bonus (siehe 12.3.2) während der Versicherungsdauer der Pflegerente,
- Änderung der Pflegestufen nach dem SGB XI.

Absinken der Rente aus der Überschussbeteiligung

10.2.2 Sofern die Bonusrente aus dem mechanischen Bonus gemäß 12.3.2 durch eine Verminderung der Überschussanteile sinkt, haben Sie das Recht, die Pflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zu der vor der Verminderung der Überschussanteile gültigen Höhe aufzustocken, sofern noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt wurden, noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit erbracht wurden oder werden.

10.2.3 Weitere Voraussetzungen sind:

- Sie beantragen die Anpassung innerhalb von 6 Monaten, nachdem wir Sie über die Absenkung der Bonusrente aus dem mechanischen Bonus informiert haben.
- Der Vertrag, für den Sie die Anpassungsoption ausüben, ist laufend oder mit einem Einmalbeitrag bezahlt und nicht gekündigt.
- Die Versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Beantragung der Anpassung nicht älter als 70 Jahre.

- Die Summe aller für die Versicherte Person bei uns bestehenden versicherten monatlichen Pflegerenten für die Pflegestufe III darf 3.500 Euro nicht überschreiten.
- Wir bieten eine entsprechende Pflegerentenversicherung mit vergleichbarem Leistungsumfang an.

10.2.4 Für die Anpassung gelten die zum Anpassungszeitpunkt maßgeblichen Tarife, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Sie können nur den Tarif wählen, dessen Leistungsumfang dem Ihrer Versicherung am nächsten kommt. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

Änderung der Pflegestufe nach dem SGB XI – Umstellungsoption

10.2.5 Bei Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit oder der Einteilung in verschiedene Pflegestufen bleiben die Definitionen der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung in verschiedene Pflegestufen gemäß 1.2 bestehen.

10.2.6 Wenn wir eine Pflegerentenversicherung anbieten, die die neue Gesetzeslage berücksichtigt, haben Sie die Möglichkeit, Ihren bestehenden Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung auf denjenigen neuen Tarif umzustellen, der bezüglich des Leistungsumfangs dem Ihres bestehenden Vertrags am nächsten kommt. Diese Umstellungsmöglichkeit besteht nicht, sofern für die Versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind bzw. die Umstellung auf den neuen Tarif unmittelbar zu einer Leistung führen würde.

10.2.7 Die Umstellung kann – abhängig sowohl von der dann berücksichtigten neuen gesetzlichen Pflegegedefinition als auch von den von uns verwendeten Rechnungsgrundlagen – zu einer Erhöhung oder Verminderung der zu zahlenden Beiträge führen. Bei beitragsfreien Verträgen vermindert oder erhöht sich entsprechend die vereinbarte Leistung.

10.2.8 Ihren Wunsch nach Wechsel in den neuen Tarif müssen Sie uns innerhalb von 6 Monaten nach dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung mitteilen.

10.2.9 Erst wenn der Vertrag umgestellt worden ist, richtet sich die Definition der Pflegebedürftigkeit nach der neuen Gesetzeslage. Für Ihren umgestellten Vertrag gelten dann ausschließlich die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen des neuen Tarifs.

10.3 Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?

10.3.1 Sie haben das Recht, die Anwartschaft auf Pflegerente vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit ohne erneute medizinische Risikoprüfung zu erhöhen, bei

- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der Versicherten Person um mindestens 10 % (z. B. nach Karrieresprung, Wechsel des Arbeitgebers, Beförderung oder Abschluss einer weiteren beruflichen Qualifikation),
- Tod oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Partners (Ehepartner, Lebenspartner oder der Lebensgefährtin in eheähnlicher Gemeinschaft mit derselben Anschrift). Als pflegebedürftig gilt, wer Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit von einem privaten oder gesetzlichen Versicherungsträger erhält.

Beantragt werden muss die Erhöhung innerhalb von 6 Monaten, nachdem Sie von dem Ereignis schriftlich oder textlich Kenntnis erlangt haben. Ab Vollendung des 70. Lebensjahres oder nach der 3. Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie kann die Nachversicherungsgarantie nicht mehr ausgeübt werden.

Umfang der Anpassung

10.3.2 Eine Erhöhung darf 20 % der vor der Erhöhung vereinbarten monatlichen Pflegerente nicht überschreiten. Bestehen mehrere Verträge mit Nachversicherungsgarantie, kann die Erhöhung in einem Vertrag erfolgen. Die Summe aller Erhöhungen aufgrund der Ausübung der Nachversicherungsgarantie ist insgesamt begrenzt auf maximal 100 % der zu Vertragsbeginn versicherten Leistungen. Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet. Eine Erhöhung wird nur soweit durchgeführt, bis die bei Swiss Life insgesamt versicherte Pflegerente in Pflegestufe III 3.500 Euro im Monat erreicht hat.

Die Erhöhung muss mindestens 100 Euro Monatsrente in Pflegestufe III betragen.

10.3.3 Für die Anpassung gelten die zum Anpassungszeitpunkt maßgeblichen Tarife, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Sie können nur den Tarif wählen, dessen Leistungsumfang dem Ihrer Versicherung am nächsten kommt. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags. Ebenso gelten die besonderen Vereinbarungen des zuletzt abgeschlossenen Vertrags für die Erhöhungen.

10.3.4 Wir sind berechtigt, geeignete Nachweise (z. B. Gehaltsabrechnung vor und nach Einkommenserhöhung) zu verlangen, um das Vorliegen der Voraussetzungen zu überprüfen. Werden diese trotz Aufforderung nicht von Ihnen beigebracht, können wir eine Erhöhung der versicherten Leistung ablehnen.

10.3.5 Die Nachversicherungsgarantie ruht, solange Beitragsrückstände bestehen. Die Nachversicherungsgarantie besteht nicht, sofern für die Versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind oder solche Leistungen erbracht wurden, wenn die Versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Versicherungsbedingungen besteht.

11 Weitere Bestimmungen

11.1 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

11.1.1 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.

11.1.2 Ist ein Bezugsrecht eingeräumt oder der Versicherungsvertrag abgetreten, verpfändet oder wurden über ihn anderweitige Verfügungen getroffen, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

11.2 Welche Kosten/Steuern stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

11.2.1 Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassenden Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand entsteht, können wir Ihnen – soweit nichts anderes vereinbart ist – die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbeitrag gesondert in Rechnung stellen.

Dies gilt beispielsweise bei

- Durchführung von Vertragsänderungen,
- Rückläufern im Lastschriftverfahren,
- Mahnverfahren wegen Rückständen,
- Umstellung der Beitragszahlung auf Überweisung/Rechnung,
- versicherungsmathematischen Gutachten.

Dies gilt nur, wenn wir Sie vorher rechtzeitig über die Höhe der Kosten informiert haben.

11.2.2 Die Kosten betragen ab dem 01.01.2015 bei

- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto 10 Euro.

Bei Beitragszahlung per Rechnung verlangen wir die Portokosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 3 Euro.

Von dritter Seite uns in Rechnung gestellte Kosten (z. B. für Lastschriftrückläufe) werden wir ebenfalls von Ihnen einfordern.

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

11.2.3 Sofern Steuern und Abgaben aus dem Versicherungsverhältnis anfallen, die Sie als Versicherungsnehmer oder die Versicherte Person schulden, werden wir Ihnen diese belasten.

11.2.4 Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

11.3 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

11.3.1 Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

11.3.2 Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

11.4 Wo ist der Gerichtsstand und wohin können Sie sich bei Beschwerden wenden?

Gerichtsstand

11.4.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz der für den Versicherungsvertrag

zuständigen Niederlassung in Deutschland. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

11.4.2 Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

11.4.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort des gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

Schlichtungsstelle und Aufsichtsbehörde

11.4.4 Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swisslife.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden um Sie zufriedenzustellen.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und nimmt damit an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann teil. Als Alternative ist damit für Sie (als Verbraucher) die Möglichkeit eröffnet, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten, bleibt hierdurch für Sie unberührt.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Für weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

11.4.5 Darüber hinaus können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

11.5 Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?

Die Belehrung über Ihr Widerrufsrecht erfolgt im Versicherungsschein.

12 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?

12.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

12.1.1 Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe 115 – Pflegerentenversicherung. Entsprechend erhält Ihre Versicherung jährlich Anteile an den etwaigen Überschüssen dieser Bestandsgruppe.

12.1.2 Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze wird jedes Jahr vom Hauptbevollmächtigten für Deutschland auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars nach billigem Ermessen unter Berücksichtigung beidseitiger Interessen festgelegt. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht können Sie bei uns jederzeit anfordern.

12.2 Überschussbeteiligung vor Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit

12.2.1 Die Überschussbeteiligung besteht aus laufenden Überschussanteilen (Grund-, Risiko- und Zinsüberschussanteile), einem Schlussüberschussanteil und der Beteiligung an den Bewertungsreserven.

Im Todesfall, bei Rückkauf und bei Beitragsfreistellung werden die Überschussanteile des laufenden Jahres entsprechend der vergangenen Monate des Versicherungsjahres anteilig berücksichtigt.

12.2.2 Laufende Überschussanteile

Grundüberschussanteile

Die laufenden Grundüberschussanteile werden zu Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt. Grundüberschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht. Sie werden in Prozent der Beitragssumme gewährt.

Risikoüberschussanteile

Risikoüberschussanteile werden in Prozent der ver-

sicherten Pflegerente ausgewiesen und von Versicherungsbeginn an gemäß 12.3.2 gewährt.

Zinsüberschussanteile

Die Zuteilungen der laufenden Zinsüberschussanteile erfolgen jeweils am Ende eines Versicherungsjahres, erstmals am Ende des ersten Versicherungsjahres. Die Zinsüberschussanteile bemessen sich in Prozent des Deckungskapitals zum Ende des Versicherungsjahres, das mit dem Rechnungszins auf den Beginn des Versicherungsjahres diskontiert ist.

12.2.3 Schlussüberschussanteile und Basisbeteiligung an den Bewertungsreserven (Basisbeteiligung)

Bei Beginn der Leistungspflicht bzw. bei Beendigung vor Leistungseintritt werden zusätzlich ein Schlussüberschussanteil und eine Basisbeteiligung erbracht.

Zur Ermittlung des Schlussüberschussanteils bzw. der Basisbeteiligung werden rechnerisch fiktiv ein Schlussgewinnkonto und ein Basisbeteiligungskonto geführt. Bei Vertragsbeginn betragen das Schlussgewinnkonto und das Basisbeteiligungskonto null. Das Schlussgewinnkonto bzw. das Basisbeteiligungskonto begründen keinen Anspruch auf Gewährung von Schlussüberschussanteilen bzw. einer Basisbeteiligung in einer bestimmten Höhe; sie dienen lediglich als Hilfsgrößen zur Ermittlung von Schlussüberschussanteilen bzw. der Basisbeteiligung bei Beginn der Pflegerentenzahlung bzw. bei Beendigung vor Leistungseintritt. Das Schlussgewinnkonto entspricht einer Anwartschaft auf einen Schlussüberschussanteil, das Basisbeteiligungskonto entspricht einer Anwartschaft auf eine Basisbeteiligung.

Jeweils am Ende des Versicherungsjahres kann eine Erhöhung des Schlussgewinnkontos bzw. des Basisbeteiligungskontos erfolgen. Diese bemisst sich in Prozent des maßgebenden Guthabens und in Prozent des Schlussgewinnkontos bzw. in Prozent des Basisbeteiligungskontos des Vorjahres. Dabei ist das maßgebende Guthaben das Deckungskapital zum Ende des Versicherungsjahres einschließlich Bonusdeckungskapital, diskontiert mit dem Rechnungszins auf den Beginn des Versicherungsjahres.

Zum Ausgleich von Schwankungen der Erträge aus Kapitalanlage, Risikoverlauf und Kostenverlauf können das Schlussgewinnkonto und das Basisbeteiligungskonto reduziert werden – spätestens jedoch am 1. Januar des Kalenderjahres, in dem der Vertrag endet.

Eine gegebenenfalls vorzunehmende Reduktion bemisst sich in Prozent des Schlussgewinnkontos des Vorjahres bzw. in Prozent des Basisbeteili-

gungskontos des Vorjahres. Eine Reduktion kann jedoch nicht zu einem negativen Schlussgewinnkontostand bzw. Basisbeteiligungskontostand führen.

Bei Rückkauf werden das reduzierte Schlussgewinnkonto und das reduzierte Basisbeteiligungskonto ausgezahlt. Der Faktor zur Reduzierung ist das Verhältnis von abgelaufener Versicherungsdauer zur Differenz von 85 und dem Alter bei Versicherungsbeginn, höchstens jedoch 1.

Bei Tod vor Leistungseintritt oder bei Beginn der Leistungspflicht wird das Schlussgewinnkonto bzw. das Basisbeteiligungskonto erbracht.

Bei Beginn der Leistungspflicht ist die zusätzlich versicherte Leistung aus dem verrenteten Schlussgewinn- und Basisbeteiligungskonto ab Verrentungszeitpunkt wegen Pflegebedürftigkeit garantiert.

12.3 Überschussverwendung vor Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit

Für die Pflegerentenversicherung gelten folgende Überschussverwendungs-Systeme als vereinbart:

12.3.1 Natürlicher Bonus

Die jährlich zugeteilten Grund- und Zinsüberschussanteile werden als Einmalbeitrag für eine zusätzliche Versicherungsleistung verwendet, die gleichzeitig mit der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistung erbracht wird. Der Berechnung dieser zusätzlichen Versicherungsleistung werden die bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Das Leistungsspektrum dieser zusätzlichen Versicherungsleistung entspricht dem der vertraglich vereinbarten Pflegerentenversicherung gemäß 2.1.

Für den natürlichen Bonus gilt die für Ihren Vertrag vereinbarte Leistungsform (siehe 2.2).

Die zusätzlich versicherte Leistung aus dem natürlichen Bonus ist ab Zuteilungstermin garantiert.

12.3.2 Mechanischer Bonus

Die jährlich laufenden Risikoüberschussanteile werden für einjährige Bonusversicherungen verwendet, die für eine zusätzliche Leistung ab Beginn der Leistungspflicht erbracht werden. Die erste Bonusrentenzahlung erfolgt frühestens mit Beginn der Schutzphase.

Die Höhe dieser Rente bemisst sich in Prozent der garantierten Pflegerente (einschließlich der garantierten Rente aus dem natürlichen Bonus). Tritt keine

Leistungspflicht wegen Pflegebedürftigkeit ein, werden aus dem mechanischen Bonus keine Leistungen fällig. Bei Tod werden keine Leistungen aus dem mechanischen Bonus fällig.

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

Die Höhe des mechanischen Bonus wird jährlich neu festgelegt und ist ab Rentenbeginn garantiert. Die Höhe des mechanischen Bonus ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

12.4 Überschussbeteiligung und -verwendung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit

12.4.1 Nach Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Grundüberschussanteilen sowie der Beteiligung an den Bewertungsreserven. Sofern Risiko- und Grundüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilungen der laufenden Zinsüberschussanteile inkl. Grund- und Risikoüberschussanteile erfolgen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern Pflegebedürftigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht. Die Zinsüberschussanteile werden in Prozent des Deckungskapitals am Ende des vorangegangenen Versicherungsjahres bemessen.

12.4.2 Die jährlichen Zinsüberschussanteile werden für eine steigende Überschussrente – entsprechend den garantierten Leistungshöhen – verwendet, die selbst wieder überschussberechtigt ist. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit folgenden Versicherungsjahres.

Die steigende Überschussrente wird ausgezahlt, sofern eine garantierte Pflegerente entsprechend den vereinbarten Leistungshöhen ausgezahlt wird.

Die steigende Überschussrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Rentenbeginn

12.5.1 Bei Beendigung des Vertrags erhält ein anspruchsberechtigter Vertrag den ihm zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden Regelung. Derzeit sieht § 153 Abs. 3 VVG 50 % der zugeordneten Bewertungsreserven vor. Anspruchsberechtigt sind alle überschussbe-

rechtigten kapitalbildenden Versicherungen bis zum Beginn des Rentenbezugs.

Als Beendigung des Vertrags gelten Tod, Rückkauf oder Beginn der Pflegerentenzahlung.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

12.5.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsunternehmen ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 213 VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 139 VAG zu ermittelnde Sicherungsbedarf wird dabei berücksichtigt.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir zeitnah zum Zuteilungstermin.

Verteilungsschlüssel

12.5.3 Mit Hilfe eines Verteilungsschlüssels wird derjenige Anteil der verteilungsfähigen Bewertungsreserve ermittelt, der dem jeweiligen (Teil-)Bestand der anspruchsberechtigten Verträge zuzuordnen ist. Der Verteilungsschlüssel wird einmal jährlich im Zuge des Jahresabschlusses ermittelt. Er bestimmt sich aus dem Verhältnis der verteilungsrelevanten Passivposten der Bilanz für anspruchsberechtigte Verträge zu der verteilungsrelevanten Bilanzsumme (höchstens jedoch zur Summe der Kapitalanlagen).

Die verteilungsrelevanten Passivposten bestehen im Wesentlichen aus den versicherungstechnischen Bruttorestellungen zuzüglich der Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft gegenüber Versicherungsnehmer, vermindert um „noch nicht fällige Ansprüche“ der Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft an Versicherungsnehmer. Alle Positionen sind auf die anspruchsberechtigten Verträge abzugrenzen. Die verteilungsrelevante Bilanzsumme umfasst neben den vorgenannten Positionen der anspruchsberechtigten Verträge auch die entsprechenden Positionen für die nicht anspruchsberechtigten Verträge, das Eigenkapital (ohne nicht eingezahltes Grundkapital), das Genussrechtskapital, die nachrangigen Verbindlichkeiten, die Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen sowie den Saldo der Abrechnungsverbindlichkeiten und -forderungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Geschäft.

Kapitalertragsschlüssel

12.5.4 Die einem (Teil-)Bestand zugeordneten Bewertungsreserven werden mittels einer Bemessungsgröße (Kapitalertragsschlüssel) auf die einzelnen Verträge des (Teil-)Bestands aufgeteilt und zugeordnet.

Der Kapitalertragsschlüssel bestimmt sich aus der Summe der Deckungskapitalien der anspruchsberechtigten Vertragsteile eines jeden Bilanztermins während der Vertragslaufzeit im Verhältnis zur entsprechenden Summe der Deckungskapitalien aller anspruchsberechtigten Verträge.

12.5.5 Der nach Anwendung des Kapitalertragsschlüssels ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird (gemäß § 153 Abs. 3 VVG) bei Beendigung zur Hälfte zugeteilt und fällig.

Basisbeteiligung an den Bewertungsreserven

Basisbeteiligung an den Bewertungsreserven

12.5.6 Der gemäß 12.5.1 bis 12.5.5 als Beteiligung an den Bewertungsreserven für den Zuteilungstermin beschriebene Betrag wird am Ende des Kalenderjahres vor dem Zuteilungstermin prognostiziert und teilweise in Form der Basisbeteiligung gemäß 12.2.3 deklariert und in unserem Geschäftsbericht veröffentlicht. Diese für das laufende Versicherungsjahr deklarierte Basisbeteiligung ist Teil der gemäß 12.5.5 fälligen Beteiligung an den Bewertungsreserven. Übersteigt die deklarierte Basisbeteiligung die Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß 12.5.5, so wird die Basisbeteiligung als Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig.

Verwendung

12.5.7 Der gemäß 12.5.6 fällige Betrag wird bei Tod bzw. Rückkauf ausgezahlt. Bei Pflegerentenversicherungen, die in den Rentenbezug übergehen, wird die Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß 12.5.1 bis 12.5.5 zur Erhöhung der Pflegerente verwendet. Sofern die Basisbeteiligung gemäß 12.5.6 die Beteiligung an den Bewertungsreserven übersteigt, wird der Differenzbetrag, soweit er nicht zur zusätzlichen Sicherung der Pflegerentenfinanzierung einzusetzen ist, ebenfalls zur Erhöhung der Pflegerente verwendet.

12.6 Beteiligung an den Bewertungsreserven ab Rentenbeginn

12.6.1 In der Pflegerentenbezugszeit erhält die Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Pflegerentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

12.6.2 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 (§ 213 VAG), noch nachkommen kann. Der gemäß § 139 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).

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

12.6.4 Dieser Betrag gemäß 12.6.3 wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Pflegerentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Pflegerentenbezugszeit multipliziert und den Pflegerentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

12.6.5 Der gemäß 12.6.4 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.

12.7 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 Zinsentwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten sind von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung werden wir Sie jährlich unterrichten.

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

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(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, Duschieren, 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.

Bei der Feststellung des Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für die erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen; dies gilt auch dann, wenn der Hilfebedarf zu Leistungen nach dem Fünften Buch führt. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung nach § 14 Abs. 4 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.