

## Allgemeine Bedingungen

### für Ihre selbstständige Grundfähigkeitsversicherung

#### Swiss Life Vitalschutz

Stand: 10.2015 (AVB\_EV\_GFV\_2015\_10)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für den Swiss Life Vitalschutz entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

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

Ein Beispiel: Erleidet die Versicherte Person den Verlust einer Grundfähigkeit, dann zahlen wir die vereinbarte Grundfähigkeitsrente aus. Erleidet der Versicherungsnehmer den Verlust einer Grundfähigkeit, wird keine Vertragsleistung fällig.

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

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


## Inhalt




















<b>Swiss Life Vitalschutz auf einen Blick.....</b>	<b>4</b>
<b>A Wie funktioniert der Swiss Life Vitalschutz? .....</b>	<b>5</b>
<b>B Unser Vertragsschluss .....</b>	<b>6</b>
1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?.....	6
2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	6
3 Wann endet der Versicherungsschutz?.....	6
<b>C Beiträge und Kosten .....</b>	<b>6</b>
4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen? .....	6
4.1 Zahlungsweise.....	6
4.2 Erstbeitrag .....	6
4.3 Folgebeiträge.....	7
5 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?.....	7
5.1 Erstbeitrag .....	7
5.2 Folgebeitrag.....	7
6 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen? .....	8
7 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?.....	8
7.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart.....	8
7.2 Höhe der anfallenden Kosten .....	8
7.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung.....	9
7.4 Welchen Hintergrund hat der Abzug? .....	9
7.5 Angemessenheit des Abzugs .....	9
7.6 Sonstige Kosten.....	9
<b>D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten .....</b>	<b>10</b>
8 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?..	10
8.1 Wie beantragen Sie eine Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung?.....	10
8.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?.....	10
8.3 Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen? .....	11
8.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten .....	11
<b>E Unsere Leistungen und Einschränkungen .....</b>	<b>11</b>
9 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit vor?.....	11
9.1 Nachweis der Beeinträchtigung .....	12
9.2 Schadenminderungspflicht und Hilfsmittel.....	12
9.3 Swiss Life Vitalschutz .....	12
9.4 Swiss Life Vitalschutz <i>Komfort</i> .....	17
9.5 Swiss Life Vitalschutz <i>Premium</i> .....	18
10 Welche Leistungen erbringen wir?.....	18
10.1 Beitragsbefreiung und Grundfähigkeitsrente .....	18
10.2 Garantierte Rentensteigerung.....	18
10.3 Update-Recht.....	19
10.4 Wann enden unsere Leistungen? .....	19
10.5 Rechnungsgrundlagen .....	19
10.6 Welche Leistungen können sie zusätzlich in Anspruch nehmen?.....	19
10.7 Sonstige Regelungen .....	20
11 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?.....	20
12 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Leistungspflicht? ...	21
13 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? .....	21
14 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten .....	22
14.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung verlangen? .....	22
14.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen .....	22
14.1.2 Hinweis zu Arztanordnungen .....	23
14.1.3 Während des Leistungsbezugs.....	23

14.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?.....	23	<b>G</b>	<b>Auszahlung von Leistungen.....</b>	<b>29</b>
14.2.1	Vorvertragliche Anzeigepflicht .....	23	22	<b>Ab wann zahlen wir Leistungen aus?.</b>	<b>29</b>
14.2.2	Rücktritt.....	24	23	<b>An wen zahlen wir Leistungen aus?...</b>	<b>29</b>
14.2.3	Kündigung.....	24	24	<b>Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? .....</b>	<b>29</b>
14.2.4	Rückwirkende Vertragsanpassung .....	24	<b>H</b>	<b>Unser Vertragsverhältnis .....</b>	<b>30</b>
14.2.5	Ausübung unserer Rechte .....	24	25	<b>Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?.....</b>	<b>30</b>
14.2.6	Anfechtung.....	25	26	<b>Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?.....</b>	<b>30</b>
14.2.7	Leistungserweiterung & Wiederherstellung der Versicherung.....	25	27	<b>Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf .....</b>	<b>30</b>
14.2.8	Erklärungsempfänger .....	25	28	<b>Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen? ...</b>	<b>31</b>
14.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?.....	25	28.1	Recht und Vertragssprache .....	31
14.4	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen? .....	25	28.2	Erklärungen zu Lebzeiten .....	31
14.5	Was gilt bei Tod der Versicherten Person? .....	26	28.3	Erklärungen nach dem Tod .....	31
			28.4	Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert? .....	31
<b>F</b>	<b>Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven .....</b>	<b>26</b>	<b>29</b>	<b>Wo können Sie sich beschweren? ....</b>	<b>31</b>
<b>15</b>	<b>Was ist eine Überschussbeteiligung?.</b>	<b>26</b>	29.1	Aufsichtsbehörden.....	31
15.1	Beteiligung an dem Überschuss .....	26	29.2	Schlichtungsstelle.....	31
15.2	Beteiligung an den Bewertungsreserven.	26	29.3	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?.....	32
<b>16</b>	<b>Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?.....</b>	<b>27</b>	<b>30</b>	<b>Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?.....</b>	<b>32</b>
16.1	Beitragsverrechnung .....	27	30.1	Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?.....	32
16.2	Bonus .....	27	<b>I</b>	<b>Nachversicherungsgarantie .....</b>	<b>33</b>
<b>17</b>	<b>Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?.....</b>	<b>27</b>	31	<b>Welche Nachversicherungsgarantie haben Sie?.....</b>	<b>33</b>
<b>18</b>	<b>Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?.....</b>	<b>28</b>	<b>J</b>	<b>Erläuterung wichtiger Begriffe .....</b>	<b>34</b>
<b>19</b>	<b>Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?.....</b>	<b>28</b>	<b>K</b>	<b>Auszug aus dem Sozialgesetzbuch .....</b>	<b>37</b>
<b>20</b>	<b>Welche Option haben Sie beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?.....</b>	<b>29</b>			
<b>21</b>	<b>Information über die Höhe der Überschussbeteiligung.....</b>	<b>29</b>			

## Swiss Life Vitalschutz auf einen Blick.

### Die Rundum-Vorsorge für Körper und Geist. Swiss Life Vitalschutz.













 Schizophrenie	 schwere Depression
 Geistige Leistungsfähigkeit (Intellekt)	 eigenverantwortliches Handeln (Betreuung)
 Sprechen	 Sehen
 Hören	 Gleichgewicht
 Gebrauch eines Armes	 Heben/Tragen
 Gebrauch einer Hand	 Schreiben
 Stehen	 Gebrauch der Beine
 Knien/Bücken	 Sitzen
 Autofahren	
 Demenz	 Pflegefall

Swiss Life Vitalschutz

Swiss Life Vitalschutz Komfort

Swiss Life Vitalschutz Premium



**+** **Schwere-Krankheiten-Option**

 Blindheit	 Schwere Kopfverletzung/ Schädel-Hirn-Trauma	 Krebs
 Taubheit	 Koma	 Herzinfarkt
 Sprachverlust	 Querschnitts- lähmung	 Schlaganfall
		 Multiple Sklerose

**+** **»care«-Option**

 Pflegefall	 Demenz	<b>Anschluss-Option</b>
--	--	-------------------------

**+** **»care«-Option plus**

 Pflegefall	 Demenz	<b>Anschluss-Option</b>
--	--	-------------------------

## A Wie funktioniert der Swiss Life Vitalschutz?

Sie können bei Vertragsschluss die Höhe der garantierten versicherten Rente bei Verlust einer Grundfähigkeit (Grundfähigkeitsrente) und die Vertragslaufzeit (Versicherungsdauer und Leistungsdauer) im Rahmen unserer Annahmerichtlinien wählen.

Im Falle des Verlusts einer Grundfähigkeit während der Versicherungsdauer zahlen wir die versicherte Rente für die Dauer der Beeinträchtigung, längstens bis zum Ende der Leistungsdauer. Die genauen Regelungen, wann der Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Abschnitt E nachlesen.

Sie haben die Möglichkeit aus verschiedenen Absicherungsumfängen zu wählen: Swiss Life Vitalschutz, Swiss Life Vitalschutz *Komfort* und Swiss Life Vitalschutz *Premium*. Nähere Informationen zu den Unterschieden dieser Produkte erhalten Sie im Kapitel E dieser Bedingungen. Des Weiteren entscheiden Sie über das Überschussverwendungs-System. Dabei stehen Ihnen die Systeme „Beitragsverrechnung“ und „Bonus“ zur Verfügung. Nähere Informationen dazu finden Sie in Kapitel F. Ihre konkret getroffenen Vereinbarungen können Sie den vorvertraglichen Informationen, sowie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Daneben können sie sich mit unseren Zusatzversicherungen „Schwere-Krankheiten-Option“, „care-Option“ bzw. „care-Option *plus*“ (wahlweise mit einer Anschluss-Option) gegen die Folgen einer schweren Krankheit und einer Pflegebedürftigkeit während der Vertragslaufzeit absichern. Nähere Informationen dazu können Sie den Versicherungsbedingungen der jeweiligen Zusatzversicherung entnehmen.

Ein weiterer Vorteil: Während der Vertragslaufzeit bleibt Ihre Arbeitskraftabsicherung flexibel und Sie können auf unterschiedliche Lebenssituationen reagieren:

- Nachversicherungsgarantie: Bei bestimmten Ereignissen können Sie Ihre vereinbarte Grundfähigkeitsrente ohne erneute Gesundheitsprüfung erhöhen (siehe dazu Kapitel J)
- Zahlungsschwierigkeiten: Egal in welcher Lebensphase Sie sich befinden, Swiss Life bietet Ihnen umfangreiche Möglichkeiten, Ihren Versicherungsschutz aufrechtzuerhalten (siehe dazu Kapitel D)

## B Unser Vertragsschluss

### 1 Wer ist Ihr Vertragspartner? Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?

Wir sind die Swiss Life AG, Niederlassung für Deutschland, und gehören zur Swiss Life Gruppe, dem größten Schweizer Lebensversicherer. Sie werden unser Vertragspartner, der sogenannte Versicherungsnehmer.

Unser Vertrag kommt wie folgt zustande: Zuerst füllen Sie unser Antragsformular auf Abschluss eines Swiss Life Vitalschutz vollständig und wahrheitsgemäß aus. Diesen Antrag schicken Sie oder Ihr Vermittler uns zu. Der Vertrag kommt in dem Moment zwischen uns zustande, wenn Sie den Versicherungsschein von uns erhalten.

### 2 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht frühestens, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten. Wenn im Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 00.00 Uhr des Tages.

Hinweis: Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Lesen Sie dazu 4.2 und 5.1.

### 3 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung des Vertrags,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird,
- mit Ablauf der vereinbarten und im Versicherungsschein ausgewiesenen Leistungsdauer.

## C Beiträge und Kosten

### 4 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

#### 4.1 Zahlungsweise

Laufende Beiträge können Sie in folgenden Zahlungsabschnitten zahlen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich.

Außerplanmäßige Beitragserhöhungen bzw. Einmalzahlungen sieht Ihr Vertrag nicht vor. Die Regelungen zu planmäßigen Beitragserhöhungen (Dynamik) und zur Nachversicherungsgarantie (Kapitel I) bleiben hiervon unberührt.

Ein Versicherungsjahr beginnt mit dem Monat des im Versicherungsschein genannten Versicherungsbeginns und dauert grundsätzlich 12 Monate.

Der Zahlungsabschnitt entspricht der Versicherungsperiode (wie im Versicherungsvertragsgesetz – VVG). Bei jährlicher Beitragszahlung entspricht die Versicherungsperiode dem Versicherungsjahr.

#### *Rumpfbeginnjahr*

Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr.

#### 4.2 Erstbeitrag

Sie müssen Ihren Erstbeitrag sofort zahlen, nachdem Sie den Versicherungsschein erhalten haben. Sie müssen den Erstbeitrag jedoch nicht vor dem Versicherungsbeginn zahlen, der im Versicherungsschein angegeben ist.

Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Im Lastschriftverfahren gilt Ihr Beitrag als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

#### 4.3 Folgebeiträge

Alle folgenden Beiträge müssen Sie zu Beginn des vereinbarten Zahlungsabschnitts zahlen. Sie können die Beiträge im Lastschriftverfahren zahlen. Wir buchen Ihre Beiträge am Anfang eines Zahlungsabschnitts von dem Konto ab, das Sie uns angegeben haben. Ihr Beitrag gilt als rechtzeitig bezahlt, wenn

- wir Ihren fälligen Beitrag einziehen können und
- Sie dem Einzug nicht widersprechen.

Wenn wir Ihren Beitrag nicht einziehen konnten, gilt er dennoch als rechtzeitig bezahlt, wenn

- Sie den Vorfall nicht zu vertreten haben,
- wir Sie zur Zahlung aufgefordert haben und
- Sie Ihren Beitrag unverzüglich an uns überweisen.

Wenn Sie Beiträge nicht gezahlt haben und der Versicherungsfall eingetreten ist, ziehen wir die fehlenden Beiträge von unseren Leistungen ab. Die Regelungen des 5.2 gelten entsprechend. Wir dürfen verlangen, dass Sie die Beiträge auf andere Weise als im Lastschriftverfahren zahlen, wenn

- wir den Beitrag wiederholt nicht einziehen konnten und
- Sie diese Vorfälle zu vertreten haben.

Die Übermittlung der Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Kosten.

## 5 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

### 5.1 Erstbeitrag

Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt dann nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchung verlangen, sofern wir sie getragen haben.

Haben Sie Ihren Erstbeitrag noch nicht gezahlt und der Versicherungsfall tritt ein, erbringen wir keine Leistung, sofern wir Sie auf diese Rechtsfolge

- durch eine Mitteilung in Textform oder
- durch einen auffälligen schriftlichen Hinweis im Versicherungsschein.

vorab aufmerksam gemacht haben. Haben Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten, erbringen wir dennoch die Leistung. Auch dies müssen Sie uns nachweisen.

### 5.2 Folgebeitrag

Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, schicken wir Ihnen eine Mahnung. In der Mahnung setzen wir Ihnen eine Frist von mindestens zwei Wochen. Wenn Sie innerhalb dieser Frist nicht zahlen, geschieht Folgendes:

- Wir kündigen den Vertrag.
- Dadurch vermindert sich der Versicherungsschutz wie nach einer Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt 8) oder er entfällt (siehe Abschnitt 27), sofern nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch Zahlungsverzug besteht.

Auf die hier genannten Folgen und weitere Details weisen wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hin. Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden.

Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden.

Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

## **6 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?**

Sie können mit uns vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr automatisch erhöhen. Dies nennen wir dynamische Erhöhung oder Dynamik. Lesen Sie dazu unsere Bedingungen für die Dynamik (Bedingungen für die Lebensversicherung mit planmäßiger Erhöhung der Beiträge und Leistungen ohne erneute Gesundheitsprüfung).

Außerdem haben Sie unter bestimmten Voraussetzung die Möglichkeit, Ihre Beiträge und Leistungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie zu erhöhen (siehe Kapitel I).

## **7 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?**

### *Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten*

Mit Ihrem Versicherungsvertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert und werden Ihnen daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

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.

Mit einem Teil dieser Kosten wird gemäß 7.1 verfahren. Die restlichen Abschluss- und Vertriebskosten werden während der vertraglich vereinbarten Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen getilgt.

Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Kosten für die laufende Verwaltung. Diese werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.

## **7.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart**

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 VVG bestimmt sind.

Der auf diese Weise für laufende Beiträge 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.

Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine Mittel zur Bildung einer Grundfähigkeitsrente bei einer Beitragsfreistellung vorhanden sind.

## **7.2 Höhe der anfallenden Kosten**

Die Höhe der anfallenden Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und den darin enthaltenen Verwaltungskosten zu Ihrem Vertrag sind in den vorvertraglichen Informationen, die vor Antragstellung ausgehändigt werden, beziffert.



### 7.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

**Es wird hiermit ausdrücklich vereinbart, dass im Falle einer (teilweisen oder vollständigen) Beitragsfreistellung 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 „Übersicht der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung“.**

### 7.4 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*

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 neue Vertrag 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.

### *Veränderungen der Risikolage*

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus versicherten Personen mit einem hohen Risiko und versicherten Personen mit 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.

### 7.5 Angemessenheit des Abzugs

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

### 7.6 Sonstige Kosten

Für bestimmte Geschäftsvorfälle erheben wir zusätzliche Kosten.

Diese Kosten betragen bei

- Bearbeitung von Rückläufern im Lastschriftverfahren mangels Kontendeckung und bei erloschenem Konto 10 Euro,
- Beitragszahlung per Rechnung verlangen wir die Portokosten zuzüglich einer Verwaltungskostenpauschale von 3 Euro.

Kosten, die uns von dritter Seite in Rechnung gestellt werden (z. B. für Lastschriftrückläufer, Finanztransaktionskosten/-abgaben) belasten wir Ihnen ebenfalls. Wir behalten uns vor, diese Kosten auch ohne Einzelnachweis pauschal geltend zu machen.

Wir werden uns bei der Bemessung der Pauschalen an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientieren. 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.

## D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

Wenn Sie Ihre Beiträge nicht zahlen können, bieten wir Ihnen folgende Wege, um Ihre Zahlungsschwierigkeiten zu überbrücken:

- Beiträge senken (Beitragsenkung, siehe 8.1 und 8.2)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 8.1 und 8.2)
- Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung, siehe 8.3)
- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (Stundung und befristete Beitragsfreistellung, siehe 8.4)

Bitte sprechen Sie uns an, damit wir gemeinsam eine Lösung für Sie finden können.

## 8 Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?

### 8.1 Wie beantragen Sie eine Beitragsfreistellung oder Beitragsenkung?

Sie können jederzeit zum nächsten Zahlungsabschnitt (Versicherungsperiode) die Beitragszahlung einstellen oder Ihre Beiträge senken. Dies nennen wir Beitragsfreistellung bzw. Beitragsenkung. Sie müssen uns Ihren Wunsch

in Textform mitteilen. Sie können die Beitragszahlung auch nur für einen bestimmten Zeitraum einstellen oder die Beiträge senken (siehe auch 8.4).

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die beitragsfreie Grundfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich betragen. Liegt die beitragsfreie Grundfähigkeitsrente unter der genannten Grenze, endet der Vertrag und es wird keine Leistung fällig.

### 8.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Grundfähigkeitsrente. Wir berechnen die beitragsfreie Leistung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des folgenden zur Verfügung stehenden Betrags: Deckungskapital mit gleichmäßiger Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 7) vermindert um den gemäß 7.3 vereinbarten Abzug und um ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge).

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

**Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden.** Insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 7) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente vorhanden. Auch in den Folgejahren und in den letzten Jahren vor Ablauf stehen wegen der benötigten Risikobeiträge keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Grundfähigkeitsrente zur Verfügung.

Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

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

Wenn Sie einen ganz oder teilweise beitragsfrei gestellten oder erloschenen Vertrag wieder in Kraft setzen möchten, haben wir das Recht, eine erneute Risikoprüfung 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.

### 8.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

#### *Stundung der Beiträge*

Sie können für einen Zeitraum von höchstens 12 Monaten eine teilweise oder vollständige Stundung der fälligen Beiträge unter Beibehaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes schriftlich verlangen, wenn der für die Bildung der beitragsfreien Rente zur Verfügung stehende Betrag mindestens die Höhe der zu stundenden Beiträge erreicht. 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

- in einem Beitrag entrichten,
- durch eine Vertragsänderung verrechnen, so dass keine Nachzahlung erforderlich ist.

#### *Befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung*

Bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten haben Sie die Möglichkeit, für bis zu 18 Monate die Beitragszahlung ganz oder teilweise einzustellen. Das nennen wir befristete Beitragsfreistellung. Voraussetzung hierfür ist,

dass die reduzierte oder beitragsfreie Grundfähigkeitsrente mindestens 600 Euro jährlich beträgt.

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung führen wir Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung fort.

Sie können die beitragsfrei gestellte Zeit bei Wiederinkraftsetzung durch eine Erhöhung der Beiträge oder durch Nachzahlung der Beiträge unter Einrechnung entgangener Zinserträge ausgleichen. Wenn Sie die beitragsfrei gestellte Zeit nicht ausgleichen, sondern der ursprünglich vereinbarte Beitrag weiterhin zahlen, verringern sich die Leistungen gemäß den versicherungsmathematischen Regeln der Tarifikalkulation Ihres Vertrags. Die für den beitragsfrei gestellten Teil maßgeblichen Rechnungsgrundlagen gelten auch für den wieder in Kraft gesetzten Vertragsteil.

Auf die Stundung der Beiträge und die befristete Beitragsfreistellung räumen wir Ihnen einen Rechtsanspruch ein.

## E Unsere Leistungen und Einschränkungen

### 9 Wann liegt der Verlust einer Grundfähigkeit vor?

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person frühestens nach Beginn des Versicherungsschutzes mindestens eine der in diesem Abschnitt genannten Grundfähigkeiten im jeweils beschriebenen Umfang

- in Folge von Krankheit, Körperverletzung oder einem mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls verliert und
- voraussichtlich für 12 Monate ununterbrochen nicht wiedererlangen wird oder bereits 12 Monate verloren hat.

Hat die Versicherte Person eine Grundfähigkeit bereits für 12 Monate verloren, so gilt dieser

Zustand von Beginn an als Verlust einer Grundfähigkeit.

Die folgenden Grundfähigkeiten sind im Rahmen des Swiss Life Vitalschutz versichert:

- a) Sehen
- b) Sprechen
- c) Hören
- d) Gleichgewicht
  
- e) Gebrauch einer Hand
- f) Gebrauch eines Armes
- g) Heben und Tragen
- h) Schreiben
  
- i) Gebrauch der Beine
- j) Knien oder Bücken
- k) Stehen
- l) Sitzen
  
- m) Autofahren
- n) Pflegebedürftigkeit
- o) Demenz

Swiss Life Vitalschutz *Komfort* bietet Schutz für alle Grundfähigkeiten des Swiss Life Vitalschutz. Darüber hinaus sind zusätzlich versichert:

- p) Geistige Leistungsfähigkeit (Intellekt)
- q) Eigenverantwortliches Handeln (Betreuung)

Swiss Life Vitalschutz *Premium* bietet Schutz für alle Grundfähigkeiten des Swiss Life Vitalschutz *Komfort*. Darüber hinaus sind zusätzlich versichert:

- r) Schizophrenie und schwere Depression

### 9.1 Nachweis der Beeinträchtigung

Der Verlust einer Grundfähigkeit muss zu nachweisbaren gesundheitlichen Einschränkungen führen und damit einer objektiven Befunderhebung zugänglich sein. Die Diagnose muss durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischem Wissensstand üblichen Befunderhebungen und Testverfahren gestellt

werden. Vorübergehende akute Erkrankungen oder Besserungen bleiben bei der Beurteilung der Beeinträchtigung unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung in diesem Sinne gilt dann als nicht vorübergehend, wenn sie nach 3 Monaten noch anhält.

### 9.2 Schadenminderungspflicht und Hilfsmittel

Lässt die Versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen. Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadenminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Als zumutbar gelten alle Maßnahmen, die zum Zeitpunkt des Leistungsantrags als medizinischer Standard der Therapie gelten. Hierbei handelt es sich beispielsweise um Maßnahmen wie die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen). Bitte beachten Sie hierzu die Ausführungen in 14.1.

### 9.3 Swiss Life Vitalschutz

Der Versicherungsschutz des Swiss Life Vitalschutz umfasst die folgenden Grundfähigkeiten:

#### a) Sehen

Ein Verlust der Sehfähigkeit der Versicherten Person liegt bei dauerhafter Blindheit oder hochgradigem Verlust der Sehkraft beider Augen vor, die nicht durch medizinische Maßnahmen oder Sehhilfen (z. B. Brille, Kontaktlinsen) korrigiert werden kann. Ein hochgradiger Verlust der Sehkraft liegt vor, wenn das Restsehvermögen nach optimaler Korrektur durch medizinische Maßnahmen und unter Verwendung von Sehhilfen die Sehschärfe des besseren Auges 3/60 (bzw. 0,05) oder weniger auf der Snellen-Sehprobetafel beträgt oder das

Gesichtsfeld des besseren Auges auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum eingeschränkt ist, so dass ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad besteht. Der Verlust der Sehfähigkeit muss durch einen Facharzt für Augenheilkunde nachgewiesen werden. Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Sehverlust oder aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen.

### **b) Sprechen**

Ein Verlust der Sprachfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person ihre sprachliche Ausdrucksfähigkeit nach abgeschlossenem Spracherwerb aufgrund körperlicher Ursachen (z. B. nach einem Schlaganfall) völlig verloren hat oder diese auch bei Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. eines Kehlkopfmikrofons) so weit eingeschränkt ist, dass die Versicherte Person von ihrem sozialen Umfeld nicht mehr verstanden wird, weil sie Worte in keiner jeglichen bekannten, verständlichen Sprache spricht. Die Beeinträchtigung der Sprache muss durch ein neurologisches Gutachten nachgewiesen werden, bei aphasischen Störungen unter Verwendung entsprechender Tests, wie z. B. dem Aachener Aphasietest. Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Sprachverlust oder ein Sprachverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen.

### **c) Hören**

Ein Verlust der Hörfähigkeit liegt vor, wenn bei der Versicherten Person – auch unter Nutzung von geeigneten Hilfsgeräten (z. B. Hörgeräte oder Implantate) – auf beiden Ohren anhand eines anerkannten sprachaudiometrischen Testverfahrens (z. B. Freiburger Wörtertest) ein dauerhafter Hörverlust von mindestens 80 Prozent nachgewiesen wird. Der Verlust der Hörfähigkeit muss durch einen Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde nachgewiesen werden. Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle von psychogenem Hörverlust oder ein Hörverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklung.

### **d) Gleichgewicht**

Ein Verlust des Gleichgewichtssinnes liegt vor, wenn die Versicherte Person weder

- 10 Meter entlang einer imaginären Linie (Strichgang) mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag gehen kann noch
- 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen treten kann, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen oder mit geschlossenen Augen und parallelem Fußstand keine 60 Sekunden auf fester und ebener Stelle stehen kann, ohne Fallneigung zu bekommen.

Der Verlust des Gleichgewichtssinnes ist anhand eines fachärztlichen HNO-Befundberichts nachzuweisen. Die Störung muss durch eine Verletzung oder organische Erkrankung des Gehirns (z. B. Multiple Sklerose, Schädelhirntrauma, Schlaganfall, Hirntumor, Epilepsie) oder eine nachweisbare Schädigung des Gleichgewichtsorgans oder eine Schädigung der kleinen Nerven der Füße und Unterschenkel (Polyneuropathie) verursacht worden sein. Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind Polyneuropathien, die nachweisbar auf Alkoholmissbrauch zurückzuführen sind und alle Fälle von Gleichgewichtsstörungen auf Basis einer psychiatrischen Erkrankung.

### **e) Gebrauch einer Hand**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs der Hände liegt vor, wenn die Versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, eine handelsübliche Glühbirne oder LED Birne in den dazugehörigen Schraubsockel (E27-Sockel) einer Tischlampe zu stecken und so weit hineinzudrehen, dass die Birne leuchtet und anschließend wieder vollständig herauszudrehen. Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) erklärbar sein.

#### **f) Gebrauch eines Armes**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs der Arme liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,

- den rechten oder linken Arm in gestreckter Armhaltung bis auf Schulterhöhe zu heben und 10 Sekunden lang in dieser Position zu halten und
- mit dem Arm, der nicht auf Schulterhöhe gehoben werden kann, gleichzeitig auch nicht fähig ist, einen mit einem Griff versehenen Gegenstand von 5 kg von einem Tisch zu heben und 5 Meter weit auf festem und ebenem Boden gehend zu tragen.

Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) erklärbar sein.

#### **g) Heben und Tragen**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Hebens und Tragens liegt vor, wenn die Versicherte Person mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage ist, einen mit einem Griff versehenen Gegenstand, der ein Gewicht von 2 kg hat, vom Boden anzuheben und mit dieser Hand 1 Minute lang zu halten.

Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand nach Schlaganfall, schwere Arthrosen) erklärbar sein.

#### **h) Schreiben**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Schreibens liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, mit der linken oder mit der rechten Hand mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter mit jeweils mindestens 10 Buchstaben in Druckbuchstaben zu schreiben oder abzuschreiben, so dass ein unbeteiligter Dritter diese Wörter lesen kann.

Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Zustand

nach Schlaganfall, Morbus Parkinson) erklärbar sein.

#### **i) Gebrauch der Beine**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Gebrauchs der Beine liegt vor, wenn die Versicherte Person auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z. B. Gehhilfen, Treppengeländer) nicht mehr in der Lage ist, eine der folgenden Aktivitäten selbstständig auszuführen, ohne dabei höchstens einmal eine ununterbrochene Pause von länger als einer Minute einzulegen:

- eine Entfernung von 400 Metern über einen festen und ebenen Boden mit einem für Gehwege üblichen Bodenbelag gehend zurückzulegen oder
- eine Treppe von 12 Stufen mit einer für Wohngebäude üblichen Stufenhöhe von höchstens 20 cm und mit einem für Wohngebäude üblichen Bodenbelag hinauf- und hinabzusteigen.

Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. Minderung der Herzleistung durch Einschränkung der Ejektionsfraktion (EF), Rheuma, schweres Venenleiden) erklärbar sein.

#### **j) Knien / Bücken**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Kniens oder Bückens liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft

- auf den Boden hinzuknien, dabei maximal eine ununterbrochene Pause von höchstens einer Minute einzulegen und sich danach wieder aufzurichten oder
- so weit zu bücken (auch mit angewinkelten Knien), um mit zumindest einem Finger den Boden zu berühren und sich danach wieder aufzurichten.

Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde (z. B. schwere Arthrose) erklärbar sein.

### **k) Stehen**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Stehens liegt vor, wenn die Versicherte Person auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage ist, 10 Minuten lang barfuß auf festem und ebenem Boden zu stehen, ohne sich abzustützen. Die Beschwerden, die zu den Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

### **l) Sitzen**

Ein Verlust der Grundfähigkeit des Sitzens liegt vor, wenn die Versicherte Person nicht mehr in der Lage ist, 20 Minuten auf einem orthopädischen Stuhl ununterbrochen zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen. Die Beschwerden, die zu den Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

### **m) Autofahren**

Ein Verlust der Eignung ein Auto zu führen liegt vor, wenn die Versicherte Person zum Führen eines Personenkraftwagens (PKW) nicht geeignet ist. Dazu muss die Fahrerlaubnis nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen worden sein. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen. Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis der Versicherten Person aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs oder aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurotischen Fehlentwicklungen entzogen wird.

### **n) Pflegebedürftigkeit**

Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt ebenfalls vor, wenn die Versicherte Person pflegebedürftig ist. Diese besteht, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

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

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

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

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge 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 Beaufsichtigung oder Anleitung mit dem Ziel der eigenständigen Übernahme dieser Verrichtungen.

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

- im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- und Blasenentleerung,
- im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
- im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen,

Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

- im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

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

Den Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen. Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 45 Minuten entfallen.

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

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

*Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens*

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

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

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

Aufstehen und Zu-Bett-Gehen 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

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

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

Waschen, Kämmen oder Rasieren 1 Punkt  
Hilfebedarf liegt vor, wenn die Versicherte Person von einer anderen Person gewaschen, gekämmt oder rasiert werden muss, da sie selbst nicht



mehr fähig ist, die dafür notwendigen Körperbewegungen auszuführen.

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

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

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

#### **o) Demenz**

Als Verlust einer Grundfähigkeit betrachten wir auch einen Autonomieverlust in Folge von Demenz. Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

1. "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5 bei der Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg oder
2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inkl. Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens 4 der folgenden 6 Punkte erfüllt sein:
  - Depression, unkontrollierte Aggressivität,
  - Verkennung von Alltagssituationen mit Selbst- oder Fremdgefährdung,

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

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

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Demenz aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs eingetreten ist.

#### **9.4 Swiss Life Vitalschutz *Komfort***

Der Versicherungsschutz des Swiss Life Vitalschutz *Komfort* umfasst alle Grundfähigkeiten des Swiss Life Vitalschutz. Darüber hinaus bietet er Schutz für die folgenden Grundfähigkeiten:

#### **p) Geistige Leistungsfähigkeit (Intellekt)**

Ein Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person in Bezug auf Gedächtnis, Konzentrationsvermögen, Aufmerksamkeit, Auffassungsgabe, Orientierungsfähigkeit, oder Handlungsplanung so erheblich eingeschränkt ist, dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten (z. B. Essenszubereitung, Führung des Haushalts, Lesen mit dem Verständnis komplexer Zusammenhänge (z. B. Gebrauchsanweisungen), Vereinbarung von Terminen, Strukturierung des Tags und Tätigkeiten, die Gedächtnisleistung, Aufmerksamkeit und Konzentration fordern) nicht mehr ausüben kann. Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Neurologie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung unter Verwendung psychometrischer Tests zu stellen. Hierbei muss eine durch Unfälle und/oder Erkrankungen erworbene Minderung der Intelligenz durch Intelligenztests (z. B. Hamburg-Wechsler-Intelligenztest) nachgewiesen werden.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind leichtgradige Intelligenzminderungen (ICD-10 F 70) und alle Fälle, in denen der Verlust der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs erfolgt.

#### **q) Eigenverantwortliches Handeln (Betreuung)**

Ein Verlust des eigenverantwortlichen Handelns liegt vor, wenn für die Versicherte Person durch einen Bescheid des Betreuungsgerichts für mindestens sechs Monate ununterbrochen ein Betreuer bestellt wird. Die Notwendigkeit der Betreuerbestellung muss in jedem Fall durch ein ärztliches Gutachten nachgewiesen sein.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Bestellung des Betreuers aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauchs erfolgt.

### **9.5 Swiss Life Vitalschutz Premium**

Der Versicherungsschutz des Swiss Life Vitalschutz *Premium* umfasst alle Grundfähigkeiten des Swiss Life Vitalschutz *Komfort*. Darüber hinaus bietet er Schutz bei Schizophrenie und schwerer Depression, wenn die folgenden Voraussetzungen erfüllt sind:

#### **r) Schizophrenie und schwere Depression**

Ein Verlust einer Grundfähigkeit liegt ebenfalls vor, solange die Versicherte Person während der Versicherungsdauer an einer Schizophrenie oder einer schweren Depression (auch als Folgeerkrankung eines Burn Out) leidet. Voraussetzung für die Leistung ist,

- dass die Erkrankung frühestens nach Ablauf von 3 Jahren nach Versicherungsbeginn eingetreten ist und
- dass alle Kriterien entsprechend der medizinischen Standards für die jeweilige Erkrankung erfüllt sind und
- die Erkrankung eine stationäre Behandlung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Fachklinik von ununterbrochen mindestens 6 Wochen erforderlich gemacht hat.

Die Diagnose ist durch einen Facharzt für Psychiatrie auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung zu stellen.

Ausdrücklich vom Versicherungsschutz ausgeschlossen sind alle Fälle, in denen die Erkrankung in Kombination mit Alkohol-, Drogen-, Betäubungsmittelkonsums oder Medikamentenmissbrauchs entstanden ist.

## **10 Welche Leistungen erbringen wir?**

### **10.1 Beitragsbefreiung und Grundfähigkeitsrente**

Erleidet die Versicherte Person während der Versicherungsdauer den Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir die vereinbarten Leistungen: Sie sind von der Beitragszahlungspflicht für Ihren Versicherungsvertrag befreit und wir zahlen die garantierte Grundfähigkeitsrente monatlich im Voraus.

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Grundfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der Grundfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

Erleidet die Versicherte Person den Verlust mehrerer Grundfähigkeiten im Sinne des Abschnitts 9, führt dies nicht zu einer höheren Rentenleistung.

### **10.2 Garantierte Rentensteigerung**

Sie können für die Leistungsphase eine garantierte jährliche Rentensteigerung der Grundfähigkeitsrente vereinbaren. Die erste garantierte Erhöhung der Rente erfolgt zu Beginn des Versicherungsjahres, das auf den Beginn unserer Leistungspflicht folgt. Die Höhe der garantierten Rentensteigerung ergibt sich aus dem vereinbarten Steigerungssatz und der auf das Versicherungsjahr bezogenen garantierten Vorjahresrente.

Wird der Vertrag vor Ablauf der Versicherungsdauer wieder beitragspflichtig und haben wir eine garantierte Rentensteigerung der Grundfähigkeitsrente während des Rentenbezugs durchgeführt, werden die bereits durchgeführten Steigerungen bei erneutem Rentenbezug nicht angerechnet, sondern die Steigerungen beginnen wieder von neuem.

### 10.3 Update-Recht

Sie haben einmalig das Recht, ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine spätere Tarifgeneration des Swiss Life Vitalschutz zu wechseln. Dadurch können Sie an der aktuellen Marktentwicklung dieser Produktart teilnehmen und Ihren Schutz in zeitgemäßer Qualität erhalten. Die folgenden Voraussetzungen müssen dabei insgesamt erfüllt sein:

- Dieser Vertrag wird zu diesem Zeitpunkt beitragspflichtig geführt und es ist noch kein Leistungsfall eingetreten,
- der Umfang (Art und Anzahl) der im neuen Vertrag versicherten Grundfähigkeiten muss diesem Vertrag entsprechen,
- die Höhe der Grundfähigkeitsrente des neuen Vertrags darf höchstens der Höhe der zuletzt in diesem Vertrag versicherten garantierten Grundfähigkeitsrente entsprechen und
- dem neuen Vertrag werden die dann gültigen Tarif- und Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt.

### 10.4 Wann enden unsere Leistungen?

Der Anspruch auf Beitragsfreistellung und Zahlung einer Grundfähigkeitsrente im Sinne 10.1 erlischt,

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

Es wird keine Leistung fällig, wenn

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

### 10.5 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2015 I GF, SL 2015 RI GF, SL 2015 TI GF und der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T) und einem Rechnungszins in Höhe von 1,25 %.

#### *Alter für die Tarifikalkulation*

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

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

### 10.6 Welche Leistungen können sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

#### *Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung*

Auch nach Anmeldung des Verlusts einer Grundfähigkeit sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Verlangen stunden wir die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und

darüber hinaus bis zum Abschluss eines gerichtlichen Verfahrens.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für 5 Jahre nach Anmeldung des Verlusts einer Grundfähigkeit. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

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

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

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

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

#### *Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase*

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

### **10.7 Sonstige Regelungen**

Unser Versicherungsschutz besteht weltweit.

Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe Kapitel F).

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.

### **11 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?**

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Grundfähigkeitsversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Eingang der Unterlagen (siehe 14.1.1) über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle 6 Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen vor, erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob und ab wann wir Leistungen aus der Grundfähigkeitsversicherung (siehe Abschnitt 10) anerkennen.

#### *Befristetes Anerkenntnis*

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

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

Die Prüfung der Fortdauer des Verlustes einer Grundfähigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß Abschnitt 9 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 12 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des in diesem Abschnitt 11 beschriebenen befristeten Leistungszeitraums (bis zu 12 Monate) verzichten wir.

Stellt sich nach Ablauf der Frist heraus, dass kein Verlust einer Grundfähigkeit vorliegt, werden die bis dahin gezahlten Leistungen nicht zurückgefordert. Leistungen aus einem befristeten Anerkenntnis fordern wir selbst dann nicht zurück, wenn kein Verlust einer Grundfähigkeit vorgelegen haben sollte.

## **12 Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Leistungspflicht?**

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

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 14.1.1 gelten entsprechend.

Hat die Versicherte Person nach Beginn der Leistungen ihren ständigen Aufenthalt im Ausland, so können wir jederzeit verlangen, dass die Versicherte Person oder der Versicherungsnehmer Unterlagen über die Fortdauer des Verlusts einer Grundfähigkeit vorlegt. Die Kosten hierfür erstatten wir maximal nach den an unserem Sitz geltenden Maßstäben und im Rahmen dieser Bedingungen. Einmal jährlich können wir umfassende Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte in Deutschland

verlangen. Notwendige Reise- und Übernachtungskosten übernehmen wir. Auf Untersuchungen in Deutschland können wir verzichten, wenn diese vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

Die Wiedererlangung einer Grundfähigkeit, die Wiedererteilung der Fahrerlaubnis (siehe 9.3 Buchstabe m) und der Wegfall der Betreuung (siehe 9.4. Buchstabe q) sind uns unverzüglich anzuzeigen.

Ist der Verlust einer Grundfähigkeit weggefallen, endet unsere Leistungspflicht und wir stellen die Leistung ein; entsprechend beginnt Ihre Beitragszahlungspflicht wieder. 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.

## **13 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?**

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

- unmittelbar oder mittelbar durch 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 den Verlust einer Grundfähigkeit erleidet oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik

Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

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

## 14 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

### 14.1 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen aus dieser Versicherung verlangen?

#### 14.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

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

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Versicherungsfalles;
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie die Auswirkungen des Leidens auf die in Abschnitt 9 beschriebenen Grundfähigkeiten;
- bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Beststellungsbeschluss;
- bei Verlust der Eignung zum Führen eines Autos, der Nachweis über den Entzug der Fahrerlaubnis sowie ein verkehrsmedizinisches Gutachten;
- bei Pflegebedürftigkeit oder Autonomieverlust infolge Demenz zusätzlich eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege bzw. die Notwendigkeit der Beaufsichtigung
- Unterlagen über den Beruf und die wirtschaftlichen Verhältnisse der Versicherten Person zum Zeitpunkt des Eintritts des Versicherungsfalles sowie über eingetretene Veränderungen.

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

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

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

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

Bitte beachten Sie auch die in 9.2 beschriebene Schadenminderungspflicht.

#### **14.1.2 Hinweis zu Arztanordnungen**

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

Die Versicherte Person ist allerdings aufgrund der allgemeinen Schadenminderungspflicht gemäß § 242 BGB verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer

gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind grundsätzlich Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Grenze der Leistungsregelung gemäß 2.2) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. das Einhalten von Diäten, die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Stütz- bzw. Kompressionsstrümpfen oder Prothesen).

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

#### **14.1.3 Während des Leistungsbezugs**

Die Wiedererlangung einer Grundfähigkeit ist uns unverzüglich anzuzeigen.

### **14.2 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?**

#### **14.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht**

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden, ärztlichen Behandlungen sowie zur beruflichen Tätigkeit (z. B. Tätigkeitsmerkmale wie Arbeitsanteil im Büro, Auslandsaufenthalte), aber auch Fragen zur wirtschaftlichen Situation (z. B. Einkommen der letzten Jahre), zur Schul-/Berufsausbildung, zur Stellung im Beruf (z. B. selbstständig, Auszubildender), zum Erwerbsstatus (z. B. Schüler, Arbeitssuchender), zu beruflichen Risiken (z. B. Umgang mit Chemikalien) und zu

privaten Risiken (Hobbys mit erhöhtem Risiko wie z. B. Tauchen, Kampfsportarten).

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

#### 14.2.2 Rücktritt

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

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

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

#### 14.2.3 Kündigung

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

Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten

Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (siehe 8.1).

#### 14.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

#### 14.2.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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



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

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

#### **14.2.6 Anfechtung**

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmehentscheidung 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. 14.2.2 gilt entsprechend.

#### **14.2.7 Leistungserweiterung & Wiederherstellung der Versicherung**

Die Regelungen in 14.2.1 bis 14.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 14.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

#### **14.2.8 Erklärungsempfänger**

Die Ausübung unserer vorgenannten Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung an Sie. 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.

#### **14.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?**

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 12 oder 14.1 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Ansruherhebenden 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.

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

#### **14.4 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?**

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen, wenn keine Schriftform vereinbart ist. Für uns bestimmte Mitteilungen werden erst wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt. Eine Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung 3 Werktage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als

zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

#### 14.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person enden die Leistungen. Die Grundfähigkeitsversicherung endet am Ende des Sterbemonats.

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

### F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

#### 15 Was ist eine Überschussbeteiligung?

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

##### 15.1 Beteiligung an dem Überschuss

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

Es können Zins-, Risiko- und Kosten-Überschüsse erwirtschaftet werden:

- Wenn wir mit dem Sicherungsvermögen aller unserer Versicherungsnehmer Erträge erzielen, entsteht ein sogenannter Zinsüberschuss.
- Wenn die Risiken in geringerem Umfang eingetreten sind, als wir anfangs

angenommen haben, entsteht ein so genannter Risikoüberschuss.

- Wenn die tatsächlich angefallenen Kosten niedriger sind als in der Kalkulation angesetzt, dann entsteht ein so genannter Kostenüberschuss.

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

Für die Beteiligung am Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Grundfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Innerhalb dieser Bestandsgruppen bilden wir Gewinngruppen. In einer Gewinngruppe befinden sich alle Versicherungen, bei denen Überschüsse in ähnlichem Umfang entstehen. Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe 114 „Berufsunfähigkeitsversicherung (einschließlich Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherungen)“.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Hauptbevollmächtigte für Deutschland jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Überschussanteilsätze fest. Abhängig von objektiven Risikomerkmale, z. B. Beruf, können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen.

Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website [www.swisslife.de](http://www.swisslife.de) einsehen.

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

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 16 und 17.

##### 15.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt,

mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind.

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

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

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

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 18 und 19.

## **16 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?**

Die Überschussbeteiligung besteht aus Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Die Überschussanteile werden von Versicherungsbeginn an erbracht.

Sie können sich bei Antragstellung für das Überschussverwendungs-System Beitragsverrechnung (16.1) oder für das Überschussverwendungs-System Bonus (16.2) entscheiden. Ein späterer Wechsel ist nur mit unserer Zustimmung möglich.

### **16.1 Beitragsverrechnung**

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

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

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

### **16.2 Bonus**

Die jährlichen Überschussanteile werden während der Versicherungsdauer für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt des Versicherungsfalls eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die Bonusleistung bemisst sich in Prozent der versicherten Grundfähigkeitsrente.

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

Die Höhe des Bonus wird jährlich neu festgelegt.

## **17 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?**

Ab Eintritt des Leistungsfalls besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Kostenüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Kostenüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

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

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

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

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

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe 19).

#### **18 Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?**

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

#### **19 Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?**

Während der Bezugszeit von Rentenleistungen erhält Ihre 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 Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt. Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

##### *Verteilungsfähige Bewertungsreserven*

Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens.

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

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Rentenbezugszeit 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 Rentenbezugszeit zu der verteilungsrelevanten Bilanzsumme (höchstens jedoch zur Summe der Kapitalanlagen).

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

Dieser Betrag gemäß wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrückstellung aller bestehenden Verträge in der Rentenbezugszeit multipliziert und den Rentenauszahlungen zugeordnet.

##### *Verwendung*

Der ermittelte Betrag der Bewertungsreserve 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.

## 20 Welche Option haben Sie beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?

Sinkt die in Prozent der versicherten Rente bemessene Bonusrente (siehe 16.2) durch Anpassung des Überschussanteilsatzes, können Sie sich ohne erneute Gesundheitsprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern der Leistungsfall noch nicht eingetreten ist und Sie uns dies innerhalb von 6 Monaten, nachdem wir Sie über die Anpassung des Überschussanteilsatzes informiert haben, in Textform mitteilen.

## 21 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Aber auch die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts ist insbesondere bei laufenden Grundfähigkeitsrenten von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden.

## G Auszahlung von Leistungen

### 22 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Zahlung der Grundfähigkeitsrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der Grundfähigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn dieser Versicherung.

#### *Meldefrist*

Für die Anmeldung von Leistungsansprüchen ist keine Meldefrist vereinbart. Werden jedoch Ansprüche so spät angemeldet, dass der Eintritt der Verlust einer Grundfähigkeit für die Vergangenheit nicht mehr nachweisbar ist (z. B. weil Unterlagen nicht mehr beigebracht werden

können), kann der Anspruch auf Versicherungsleistungen bei Vorliegen der übrigen Voraussetzungen frühestens mit dem Monat entstehen, für den entsprechende Nachweise vorgelegt werden.

#### *Verfügungen*

Ansprüche aus der Grundfähigkeitsversicherung können Sie weder abtreten noch verpfänden, ausgenommen an die Versicherte Person.

### 23 An wen zahlen wir Leistungen aus?

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

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

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

### 24 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

## H Unser Vertragsverhältnis

### 25 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

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

#### *Teilweise Kündigung*

9.3.3 Eine Teilkündigung wird nur durchgeführt, wenn die verbleibende beitragspflichtige Grundfähigkeitsrente nicht unter 600 Euro pro Jahr sinkt.

#### *Beitragsrückzahlung*

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

### 26 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig. Die Kündigung ist mit Nachteilen verbunden.

Bei einer Grundfähigkeitsversicherung werden die Beiträge im Wesentlichen durch das getragene Risiko verbraucht. Des Weiteren müssen wir die Kosten für das Einziehen der Beiträge und die Verwaltung der Versicherung aus den Beiträgen bestreiten. Für die Beratung bei Abschluss einer Versicherung, insbesondere durch den Vermittler

und das Einrichten eines Vertrags entstehen ebenfalls Kosten.

#### *Kündigung nach Eintritt des Leistungsfalls*

Anerkannte oder festgestellte Ansprüche aus der Grundfähigkeitsversicherung werden durch Kündigung nicht berührt; dies gilt auch dann, wenn der Verlust der Grundfähigkeit bereits vor Kündigung oder Beitragsfreistellung eintrat, aber erst danach anerkannt oder festgestellt wird. Ein Rückkaufswert wird auch in diesem Fall nicht fällig.

### 27 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf

Gemäß § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind wir zu einer Neufestsetzung des Beitrags berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat und
2. der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen sowie die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung des Beitrags ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

## 28 Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?

### 28.1 Recht und Vertragssprache

Ihr Vertrag unterliegt dem Recht der Bundesrepublik Deutschland. Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften. Die Vertragssprache für alle Erklärungen zu diesem Vertrag ist Deutsch.

### 28.2 Erklärungen zu Lebzeiten

Alle Erklärungen zu diesem Vertrag müssen mindestens in Textform erfolgen. Sonst gelten die Erklärungen als nicht empfangen. In einigen Fällen ist Schriftform erforderlich.

Ihre Mitteilungen werden wirksam, sobald wir sie unter unserer Adresse empfangen haben. Derzeit lautet diese:

Swiss Life AG  
Niederlassung für Deutschland  
Zeppelinstraße 1  
85748 Garching b. München

Unsere Mitteilungen senden wir an die Adresse, die im Versicherungsvertrag angegeben ist.

### 28.3 Erklärungen nach dem Tod

Wenn die Versicherte Person stirbt, dürfen wir unsere Erklärungen an folgende Personen schicken:

- eine von Ihnen bevollmächtigte Person,
- den Begünstigten oder den Inhaber des Versicherungsscheins, wenn kein Begünstigter vorhanden ist oder wir seinen Aufenthaltsort nicht ermitteln können.

### 28.4 Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert?

*Unverzügliche Mitteilungspflicht*

Wenn sich Ihre Anschrift ändert, müssen Sie uns dies unverzüglich mitteilen. Tun Sie dies nicht,

können Ihnen Nachteile entstehen: Wir können Ihnen Erklärungen zum Vertrag mit eingeschriebenem Brief an Ihre letzte Anschrift senden. Drei Tage danach gilt die Erklärung als bei Ihnen zugegangen – auch wenn Sie sie tatsächlich nicht erhalten haben. Dies gilt auch, wenn Sie Gewerbetreibender sind und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben. Dasselbe gilt, wenn Sie Ihren Namen ändern.

*Benennung eines Zustellungsbevollmächtigten*

Wenn Sie sich über einen längeren Zeitraum nicht in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, empfehlen wir Ihnen Folgendes: Bevollmächtigen Sie eine im Inland wohnhafte Person, Erklärungen von uns entgegenzunehmen.

## 29 Wo können Sie sich beschweren?

### 29.1 Aufsichtsbehörden

Falls Sie eine Beschwerde haben sollten, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Wir werden alles tun, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies nicht gelingen, können Sie sich an folgende Aufsichtsbehörde wenden:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)  
Graurheindorfer Straße 108  
D-53117 Bonn

### 29.2 Schlichtungsstelle

Darüber hinaus können Sie sich (als natürliche Person) an die unabhängige und neutrale Schlichtungsstelle wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten:

Versicherungsombudsmann e. V.  
Postfach 080632  
10006 Berlin  
Kostenfreie Telefonnummer: 0800 3696000  
E-Mail: [beschwerde@versicherungsombudsmann.de](mailto:beschwerde@versicherungsombudsmann.de)

### 29.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

*Für natürliche Personen gilt:*

Wenn Sie eine natürliche Person sind, können Sie eine Klage gegen uns bei folgenden zuständigen Gerichten erheben:

- An Ihrem Wohnort oder Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort, wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, oder
- am Sitz unserer Niederlassung.

Wir müssen Klagen gegen Sie beim zuständigen Gericht an Ihrem Wohnort erheben. Wenn Sie keinen festen Wohnsitz haben, ist das Gericht Ihres gewöhnlichen Aufenthaltsortes zuständig.

*Für juristische Personen gilt:*

Wenn Sie eine juristische Person sind, können Sie an folgenden Orten Klage gegen uns erheben:

- Beim zuständigen Gericht an unserem Geschäftssitz oder
- am Sitz unserer Niederlassung.

Wir müssen Klagen gegen Sie beim zuständigen Gericht an Ihrem Geschäftssitz oder am Ort Ihrer Niederlassung erheben.

*Bei einem ausländischen Wohnsitz gilt:*

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder Ihren gewöhnlichen Aufenthaltsort ins Ausland, sind für Klagen die Gerichte des Landes zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

### 30 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

*Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?*

Eine Bestimmung kann durch eine höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt unwirksam werden. In diesem Fall können wir die

unwirksame Bestimmung durch eine neue Bestimmung ersetzen. Wir dürfen dies allerdings nur unter folgenden Bedingungen:

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

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

*Salvatorische Klausel*

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

### 30.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

Eine neue Bestimmung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt. Außerdem muss auch mit der neuen Bestimmung das Ziel Ihres Vertrags gewahrt bleiben. Die neue Bestimmung wird Bestandteil dieses Vertrags, sobald die beiden folgenden Bedingungen erfüllt sind:

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



## I Nachversicherungsgarantie

### 31 Welche Nachversicherungsgarantie haben Sie?

Sie können Ihre Versicherung auch während der Vertragslaufzeit an veränderte Bedarfssituationen im Rahmen der folgenden Gestaltungsmöglichkeiten anpassen.

#### *Anlässe für eine Anpassung*

Sie haben das Recht, den Versicherungsumfang der bestehenden beitragspflichtigen Grundfähigkeitsversicherung ohne erneute medizinische Risikoprüfung zu erhöhen: im 5. Versicherungsjahr nach Abschluss zum darauf folgenden Versicherungsjahr oder bei

- Heirat der Versicherten Person bzw. Begründung einer Lebenspartnerschaft,
- Geburt eines Kindes der Versicherten Person,
- Adoption eines Kindes durch die Versicherte Person,
- Scheidung der Versicherten Person bzw. Aufhebung der Lebenspartnerschaft,
- Durchführung eines Versorgungsausgleichs zu Lasten der Versicherten Person,
- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttogehalts der Versicherten Person um mindestens 10 % (z. B. nach Karrieresprung, Wechsel des Arbeitgebers, nach Abschluss der Schulausbildung, des Studiums oder einer Promotion, nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsausbildungsabschluss, Meisterbrief),
- Gehaltssteigerung, die zum erstmaligen Überschreiten der maßgeblichen Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung führt,
- nachhaltige Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten 3 Jahre vor Optionsausübung im Vergleich zum Gewinn bei Antragstellung um mindestens 30 % für selbstständige Versicherte,

- Reduzierung oder Wegfall der Invaliditätsversorgung der Versicherten Person aus der gesetzlichen Rentenversicherung, einer arbeitgeberfinanzierten betrieblichen Altersvorsorge oder einem berufsständischen Versorgungswerk, in dem die Versicherte Person aufgrund einer Kammerzugehörigkeit pflichtversichert ist,
- Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich oder zum Erwerb von selbst genutztem Immobilieneigentum durch die Versicherte Person in Höhe von mindestens 50.000 Euro,

sofern dieses Recht innerhalb von 6 Monaten nach Eintritt mindestens eines der genannten Ereignisse schriftlich und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend gemacht wird und im Zeitpunkt des maßgeblichen Ereignisses die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 20 Jahre beträgt und die Versicherte Person

- keinen Verlust einer Grundfähigkeit im Sinne unserer Bedingungen erlitten hat,
- nicht berufsunfähig oder erwerbsgemindert ist,
- keinen Antrag auf Leistungen aus einer Berufsunfähigkeits- oder Erwerbsminderungsversicherung gestellt hat, oder Leistungen aus diesen Versicherungen erhält.

Eine Erhöhung der versicherten Leistungen ist von einer wirtschaftlichen Risikoprüfung abhängig. Die hierfür erforderlichen Unterlagen sind von der Versicherten Person bereitzustellen. Die wirtschaftliche Risikoprüfung orientiert sich an dem zum Anpassungszeitpunkt ausgeübten Beruf und den dann bei uns geltenden Richtlinien. Diese stellen wir Ihnen auf Wunsch gerne zur Verfügung.

#### *Umfang der Anpassung*

Die Erhöhung der versicherten Leistungen ist – im Rahmen unserer Tarifgrenzen – insgesamt begrenzt auf maximal 100 % der zu

Vertragsbeginn versicherten Leistungen. Die bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhungen werden angerechnet. Eine Erhöhung der Grundfähigkeitsrente wird nur soweit durchgeführt, bis die bei Swiss Life insgesamt versicherte Grundfähigkeitsrente 2.500 Euro bzw. 4.000 Euro im Monat erreicht hat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Die Erhöhung der monatlichen Grundfähigkeitsrente muss mindestens 100 Euro betragen.

Für die Anpassung gelten der zum Anpassungszeitpunkt ausgeübte Beruf und maßgebliche Tarif, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Für den anzupassenden Vertrag vereinbarte Risikozuschläge oder besondere Vereinbarungen gelten auch für die aus der Erhöhung resultierenden Vertragsteile.

## **J Erläuterung wichtiger Begriffe**

### **Der Aachener-Aphasie-Test (AAT)**

Der Aachener-Aphasie-Test (AAT) ist ein Verfahren zur Diagnose von Aphasien (erworbene Störungen der Sprache nach abgeschlossenem Spracherwerb) infolge von Hirnschädigungen unterschiedlicher Art. In einem standardisierten Verfahren werden die Leistungen des Nachsprechens, Schreibens, des Lesens, des Benennens und des Sprachverstehens überprüft. Ein weiterer Bestandteil des AAT ist der Token-Test, der zusätzliche Informationen zur Abgrenzung gegenüber nicht-aphasischen Störungen und zur Bewertung des Schweregrads der Aphasie gibt. Bei den einzelnen Untertests werden Punkte vergeben; je weniger Punkte erreicht werden, desto schwerer ist die Aphasie.

### **Begünstigter**

Ist die Person, die die Leistung erhält. Sie bestimmen den Begünstigten im Versicherungsvertrag. Im Gesetz nennt man den Begünstigten Bezugsberechtigten.

### **Bewertungsreserven**

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz (siehe Geschäftsbericht) ausgewiesen sind. Mehr zu Bewertungsreserven lesen Sie in Kapitel F.

### **Bestandskräftiger Verwaltungsakt**

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

### **Bezugsberechtigter**

Bitte lesen Sie dazu unter Begünstigter weiter.

### **Deckungskapital**

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

### **Deckungsrückstellung**

Ist eine handelsrechtlich zu bildende Rückstellung auf der Passivseite der Bilanz. Sie dient dazu, die künftigen Leistungen sicherzustellen.

### **Erklärungen**

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

### **Freiburger Wörtertest**

Der Freiburger Wörtertest ist eine audiometrische Methode, bei der das Hörvermögen einer Person untersucht werden kann. Dabei werden der Person einfache Wörter in definierter Lautstärke vorgespielt, die dann von dieser korrekt nachgesprochen werden müssen.

### **Höchstrichterliche Entscheidung**

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

### **ICD-10 F 70**

Die leichtgradige Intelligenzminderung gemäß der ICD-10-Codierung entspricht einem IQ von 50 bis 69 (der durchschnittlicher IQ der Menschen liegt bei 85-115). Dieser geringe Grad der Intelligenzminderung führt zu einem beschränktem Interesse und Schwierigkeiten im Aneignen von Kenntnissen sowie beim Handeln und Denken.

### **Minimal Mental Status Test**

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

### **Natürliche Person**

Bezeichnet einen Menschen mit all seinen Rechten und Pflichten.

### **Rechnungsgrundlagen**

Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2015 I GF, SL 2015 RI GF, SL 2015 TI GF und der Sterbetafel der Deutschen Aktuarvereinigung (DAV 2008 T) und einem Rechnungszins in Höhe von 1,25 %.

### **Schriftform**

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

### **Sicherungsvermögen**

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

### **Textform**

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

### **Überschussanteilsätze**

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

### **Überschüsse**

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

### **Überschussbeteiligung**

An unseren Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligen wir Sie nach den gesetzlichen Vorschriften. Lesen Sie mehr in Kapitel F.

### **Überschussverwendungs-System**

Bezeichnet die Art und Weise, wie die zugeteilten Überschussanteile verwendet werden.

### **Unverzüglich**

Bedeutet „ohne schuldhaftes Zögern“. Umgangssprachlich versteht man damit: so schnell wie möglich.

### **Unzumutbare Härte**

Ist, wenn das Festhalten am Vertrag für eine Partei unbillig oder untragbar ist. Dies kann zum Beispiel in folgendem Fall gegeben sein: Eine unwirksame Bestimmung entfällt und der Vertrag ist dadurch nicht mehr ausgewogen, weil eine Partei einseitig begünstigt wird. Wann eine unzumutbare Härte vorliegt, richtet sich nach den Umständen des Einzelfalls.

### **Versicherte Person**

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Ein Beispiel: Bei einer Grundfähigkeitsversicherung versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person den Verlust einer Grundfähigkeit erleidet.

### **Versicherungsjahr**

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

### **Versicherungsnehmer**

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

### **Versicherungsperiode**

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

### **Versicherungsschein**

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

### **Versicherungsvertrag**

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

## K Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

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

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

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

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

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

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

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zu-Bett-Gehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,

4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

#### § 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

(3) Der Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege und

hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt

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