

Allgemeine Bedingungen für die Pflegerentenversicherung mit Sofortschutz

Swiss Life Pflege- & Vermögensschutz Sofort

Stand: 07.2013 (AVB_EV_SPV_2013_07)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

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

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

Die Pflegerentenversicherung als Sofortschutz kann von privaten Personen als Privatvertrag abgeschlossen werden.

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

Bezugsberechtigter

Vom Versicherungsnehmer gegenüber Swiss Life schriftlich festgelegter Empfänger der Versicherungsleistungen.

Bewertungsreserven

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

Deckungskapital

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

Deckungskapital mit AK-Verteilung

Das Deckungskapital mit AK-Verteilung ist das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (AK) auf die ersten 60 Monate der Versicherungsdauer ergibt. Die Abschluss- und Vertriebskosten werden unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzt (siehe Abschnitt 7).

Rechnungsgrundlagen

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

- Pflegefall- und Todesfallrisiko (unternehmenseigene Pflegeversicherungstafeln SL 2012 P),
- Rechnungszins in Höhe von 1,75 %,
- Kosten (z. B. für Verwaltung des Vertrags).

Überschussanteile

Überschussanteile resultieren aus den von Swiss Life erzielten Gewinnen. Man unterscheidet z. B. zwischen Zins- und Risikoüberschüssen. Zinsüberschüsse werden durch gewinnbringende Kapitalanlagen von Swiss Life erwirtschaftet. Risikoüberschüsse ergeben sich aus der vorsichtigen Kalkulation der Versicherungen (z. B. wenn weniger Pflegefälle als kalkuliert auftreten).

Versicherte Person

Person, auf deren Leben der Versicherungsschutz besteht.

Versicherungsnehmer

Versicherungsnehmer ist der Antragsteller für die Versicherung.

Versicherungsperiode

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



Inhaltsverzeichnis

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

12.5	Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Rentenbeginn	24	12.7	Information über die Höhe der Überschussbeteiligung	25
12.6	Beteiligung an den Bewertungsreserven ab Rentenbeginn	25	Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, 01.01.2010)	26	



1 Versicherungsschutz

1.1 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag geschlossen ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Unsere Leistungspflicht entfällt allerdings, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig bezahlen (siehe auch 6.2.1).

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

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

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

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

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

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

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

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

Zentralnervensystems wie Antriebs-, Gedächtnis- oder Orientierungsstörungen sowie endogene Psychosen, Neurosen oder geistige Behinderungen.

Die Hilfe besteht in der Unterstützung, in der teilweisen oder vollständigen Übernahme der gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens oder in der 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.

1.2.3 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn die Versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

Den Zeitaufwand, den ein Familienangehöriger oder eine andere nicht als Pflegekraft ausgebildete Pflegeperson für die erforderlichen Leistungen der Grundpflege (Körperpflege, Ernährung, Mobilität) und hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt, muss wöchentlich im Tagesdurchschnitt in der Pflegestufe III mindestens 5 Stunden betragen. Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 4 Stunden entfallen.

1.2.4 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftigkeit) liegt vor, wenn die Versicherte Person bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedarf und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigt.

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

mindestens 3 Stunden betragen. Dabei müssen auf die Grundpflege mindestens 2 Stunden entfallen.

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

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

1.2.6 Bei der Feststellung des in 1.2.3 bis 1.2.5 genannten Zeitaufwands ist ein Zeitaufwand für erforderliche verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen zu berücksichtigen. Verrichtungsbezogene krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf untrennbarer Bestandteil einer Verrichtung gemäß 1.2.2 ist oder mit einer solchen Verrichtung notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen oder sachlichen Zusammenhang steht.

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

Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

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

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

Bei der Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit und der Einstufung in die Pflegestufen I, II und III

gemäß 1.2.9 bis 1.2.11 wird die nachstehende Punktetabelle zugrunde gelegt:

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

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

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

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

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

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

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

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

1.2.9 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe III liegt vor, wenn die Versicherte Person mindestens bei 5 Aktivitäten des täglichen Lebens gemäß 1.2.8 der Hilfe in dem dort beschriebenen Umfang bedarf.

1.2.10 Pflegebedürftigkeit der Pflegestufe II liegt vor, wenn die Versicherte Person mindestens bei 4 Akti-



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

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

Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

1.2.12 Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem oder höherem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

1. Ermittlung des Schweregrades der Demenz über die Global Deterioration Scale nach Reisberg:

- "Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen" des Schweregrads 7 für die Einstufung in Pflegestufe III,
- "Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen" ab dem Schweregrad 5 für die Einstufung in Pflegestufe II oder

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

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

Sind alle aufgeführten Kriterien erfüllt, erfolgt die Einstufung in Pflegestufe III.

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

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

1.3 Wann endet Ihr Versicherungsschutz?

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

1.4 Wie sind das Versicherungsjahr, die Versicherungsperiode und das Alter für die Tarifikalkulation definiert?

Versicherungsjahr, Versicherungsperiode

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

Alter für die Tarifikalkulation

1.4.2 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 01.01.2013 und der Geburtstag ist der 15.05.1953. Am 15.05.2012 ist das 59. Lebensjahr vollendet und das 60. Lebensjahr hat begonnen. Bis zum 01.01.2013 werden mehr als 6 Monate verstrichen sein. Somit gilt 60 als das versicherungstechnische Alter.

2 Versicherungsleistungen

2.1 Welche Leistungen erbringen wir?

Wird die Versicherte Person nach Beginn des Versicherungsschutzes und während der Dauer dieser Versicherung pflegebedürftig, erbringen wir in Abhängigkeit der festgestellten Pflegestufe sowie des versicherten Leistungsumfangs folgende Leistungen:

Zahlung einer Pflegerente

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

Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

2.1.2 Zusätzlich sind Sie von der Zahlung der Beiträge, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Pflegebedürftigkeit vereinbart sind befreit.

Todesfall-Leistung vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit

2.1.3 Bei Tod der Versicherten Person vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit kommt eine Todesfall-Leistung zur Auszahlung. Soweit Sie Ihren Vertrag nicht beitragsfrei gestellt bzw. einen Vertrag gegen Einmalbeitrag abgeschlossen haben, beträgt diese mindestens 90 % der bis zum Todesfallzeitpunkt gezahlten Beiträge. Bei vorzeitig beitragsfrei gestellten Versicherungen erbringen wir mindestens 90 % des garantierten Rückkaufswerts zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung.

Todesfall-Leistung nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit, sofern diese mitversichert ist

2.1.4 Sofern vereinbart, zahlen wir bei Tod der versicherten Person nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit eine Todesfall-Leistung. Soweit Sie Ihren Vertrag nicht beitragsfrei gestellt bzw. einen Vertrag gegen Einmalbeitrag abgeschlossen haben, beträgt diese mindestens 90 % der bis zum Todesfallzeitpunkt gezahlten Beiträge. Bei vorzeitig beitragsfrei gestellten Versicherungen erbringen wir mindestens 90 % des garantierten Rückkaufswerts zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung. Dabei werden jeweils die bereits gezahlten tariflichen Pflegerenten sowie die gegebenenfalls mitversicherte Einmalleistung in Abzug gebracht.

Einmalleistung, sofern diese mitversichert ist

2.1.5 Sofern vereinbart, zahlen wir eine Einmalleistung bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person. Die Höhe der Einmalleistung beträgt 6 der zu Leistungsbeginn vereinbarten garantierten monatlichen Pflegerenten der Pflegestufe III.

2.1.6 Die Einmalleistung wird auch dann in voller Höhe gewährt, sofern nach der jeweiligen Leistungsform (siehe 2.2) die Pflegerente nur anteilig gezahlt wird.

2.1.7 Der Anspruch auf Einmalleistung besteht während der Versicherungsdauer einmalig und wird zusammen mit der ersten Pflegerentenzahlung fällig.

Rechnungsgrundlagen

2.1.8 Die geschlechtsunabhängige Tarifikalkulation basiert auf unternehmenseigenen Pflegeversicherungstafeln SL 2012 P und einem Rechnungszins in Höhe von 1,75 %.

Sonstige Regelungen

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

2.1.10 Unser Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit (siehe 5.1).

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

2.1.12 Weitere Einzelheiten über Art, Umfang und Fälligkeit der Versicherungsleistung finden Sie im Versicherungsschein.

2.2 Welche Leistungsformen können Sie vereinbaren?

Für die Leistungen gemäß 2.1.1 können Sie im Versicherungsantrag zwischen 2 Regelungen wählen:

2.2.1 Komfort-Schutz:

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

2.2.2 Premium-Schutz:

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



(siehe 1.2.8 und 1.2.10) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 5 (siehe 1.2.12),

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

2.2.3 Die für Ihren Vertrag vereinbarte Leistungsform ist im Versicherungsschein dokumentiert.

2.3 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

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

2.3.2 Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträgen unverzüglich nachzuzahlen. Hierzu haben Sie folgende Möglichkeiten:

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

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

2.4 Ab wann und an wen werden Leistungen gewährt?

2.4.1 Der Anspruch auf Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Versicherungsbeginn der Versicherung. Diese Regelung gilt sinngemäß auch für eine Anhebung unserer Leistungen wegen einer Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit (Übergang in eine höhere Pflegestufe).

2.4.2 Ist die Versicherte Person mindestens 6 Monate pflegebedürftig gewesen, obwohl diese Dauer bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht voraussehbar war,

leisten wir ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit gemäß der vereinbarten Leistungsform (siehe 2.2).

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

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

Der rückwirkende Leistungsanspruch auf Pflegerenten bzw. eine vereinbarte Einmalleistung wird in einem Betrag ausgezahlt.

2.4.5 Der Anspruch auf Pflegerentenzahlung und Zahlung der vereinbarten Einmalleistung erlischt, wenn die Versicherte Person stirbt. Ist die Versicherte Person pflegebedürftig und verstirbt, ohne dass die Pflegebedürftigkeit gemäß 2.4.3 angezeigt wurde, so werden die Leistungen aus dem Vertrag in dem Umfang erbracht, als wäre die Pflegebedürftigkeit angezeigt worden.

2.4.6 Wenn sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit mindert, so dass die in 2.2.1 und 2.2.2 genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, dann mindert sich gemäß der vereinbarten Leistungsform der Rentenanspruch bzw. er erlischt.

Entsprechend lebt die Pflicht zur Beitragszahlung wieder auf, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

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

Verfügungen

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

2.5 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

2.5.1 Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Pflegerentenversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von 4 Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß 3.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen re-

regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen - spätestens alle 6 Wochen - an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

2.5.2 Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 3.1.3) vor, erklären wir innerhalb von 4 Wochen, ob wir Leistungen anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

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

2.5.4 Gründe für ein befristetes Anerkenntnis liegen z. B. vor, wenn für ein unbefristetes Leistungsanerkennnis noch Erhebungen oder Untersuchungen oder deren Auswertung erforderlich sind oder aus medizinischen Gründen ein Ende der Pflegebedürftigkeit zu erwarten ist.

2.5.5 Die Prüfung der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß 1.2 dieser Bedingungen; die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß 4.1 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums gemäß 2.5.3 verzichten wir.

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

2.6 Wie sind Sie an unseren Überschüssen beteiligt?

2.6.1 Wir beteiligen Sie gemäß § 153 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) an den etwaigen Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden gemäß den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbe-

hörde einzureichen. Sie können den Geschäftsbericht jederzeit bei uns anfordern.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

2.6.2 Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Pflegerisiko sowie die Sterblichkeit bzw. Lebenserwartung und die Kosten günstiger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden Sie als Versicherungsnehmer angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Pflegerisiko und Sterblichkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 75 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

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

2.6.3 Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Gruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall-, Langlebigkeits-, Pflegefall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56a Versicherungsaufsichtsgesetz (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56a VAG können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstands, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den



überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

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

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

2.7 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

2.7.2 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.

2.7.3 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.

3 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

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

Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

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

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit, z. B. das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung,
- ausführliche Berichte der Ärzte, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit.

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

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

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

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

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

Hinweis zu Arztanordnungen

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

3.1.5 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. die Anwendung von Heilmitteln und die Verwendung von orthopädischen oder anderen Hilfsmitteln (z. B. Verwendung von Seh- und Hörhilfen, Tragen von Prothesen).

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

Während des Leistungsbezugs

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

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

Vorvertragliche Anzeigepflicht

3.2.1 Wir übernehmen den Versicherungsschutz im

Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Vertragsabschluss 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 sowie ärztlichen Behandlungen.

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

Rücktritt

3.2.3 Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (siehe 3.2.2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

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

Kündigung

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

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



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

Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

Ausübung unserer Rechte

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

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

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

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

Anfechtung

3.2.15 Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeh Entscheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. 3.2.5 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

3.2.16 Die Regelungen in 3.2.1 bis 3.2.15 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 3.2.13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

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

3.3 Welche Folgen hat die Verletzung der Mitwirkungspflicht?

3.3.1 Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 3.1 oder 4 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.

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

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

3.4.1 Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform (z. B. E-Mail, Fax) erfolgen, wenn keine Schriftform (z. B. Brief, eingeschriebener Brief, jeweils mit Unterschrift) vereinbart ist. Für uns bestimmte Mitteilungen werden erst wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

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

3.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

3.5.1 Bei Tod der Versicherten Person enden die Leistungen und die Pflegerentenversicherung zum Ende des Sterbemonats. Bei Tod innerhalb der Versicherungsdauer kommt die vereinbarte Todesfall-Leistung zur Auszahlung (siehe 2.1.3. und 2.1.4).

3.5.2 Der Tod der Versicherten Person ist uns in jedem Fall unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche Sterbeurkunde im Original einzureichen, die Geburtsdatum, Geburtsort und Todeszeitpunkt nennt.

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

3.5.4 Liegt keine Pflegebedürftigkeit zum Todeszeitpunkt vor, ist von den Bezugsberechtigten der Todesfall-Leistung eine schriftliche Bestätigung hierüber abzugeben. Zusätzlich behalten wir uns das Recht vor, diese nachzuprüfen.

3.5.5 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

4 Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit

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

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

4.1.2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 3.1.3 und 3.1.7 gelten entsprechend.

4.1.3 Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich mitzuteilen:

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

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

4.1.5 Hat sich die Art der Pflegebedürftigkeit geändert bzw. ihr Umfang gemindert, setzen wir gemäß 3.1.7 gegebenenfalls unsere Leistungen herab oder stellen sie ein. Entsprechend kann Ihre Pflicht zur Beitragszahlung wieder beginnen.

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

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

4.1.6 Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.



5 Einschränkungen und Ausschlüsse

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

5.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt?

5.1.1 Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit.

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

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

Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bleibt hiervon unberührt.

5.2 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Soweit nicht etwas anderes vereinbart ist, besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht ist

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig wird oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, Pflegebedürftigkeit, Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die

freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.

- durch vorsätzliche Selbsttötung. Hier leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung 3 Jahre vergangen sind. Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der 3-Jahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir den für den Todestag berechneten Rückkaufwert Ihrer Versicherung gemäß 9.3.3, jedoch nicht mehr als eine gegebenenfalls für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung. Bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung gelten die vorangegangenen Sätze dieses Aufzählungspunktes entsprechend. Die 3-Jahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer oder der Berechtigte vorsätzlich im Sinne des Strafrechts die Pflegebedürftigkeit oder den Tod der Versicherten Person herbeigeführt hat.

5.3 Was gilt bei Kontamination mit ABC-Stoffen?

Wird der Versicherungsfall unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen verursacht, besteht keine Beschränkung unserer Leistungspflicht, soweit der Einsatz oder die Freisetzung durch Dritte erfolgt.

6 Beitragszahlung

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

6.1.1 Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag) oder durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten.

6.1.2 Laufende Beiträge werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

6.1.3 Der erste Beitrag oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn.

6.1.4 Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in 6.1.3 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

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

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

6.1.7 Bei Tod der Versicherten Person endet bei monatlicher Beitragszahlung die Beitragszahlungspflicht

mit Ablauf des Todesmonats, ansonsten mit Ablauf des Beitragszahlungsabschnitts.

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

Einlösungsbeitrag

6.2.1 Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. **Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen**, sofern wir sie getragen haben.

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

ten haben.

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

Folgebeitrag

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

Für die Berechnung des verminderten Versicherungsschutzes und des Rückkaufswerts gelten die Regelungen zur Beitragsfreistellung bzw. zur Auszahlung eines Rückkaufswerts bei Kündigung.

6.3 Beitragsdynamik

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

6.3.2 Der Prozentsatz der Beitragsdynamik ist im Versicherungsschein dokumentiert.

Durchführung der Dynamik

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

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

6.3.5 Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten versicherungstechnischen Alter der Versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den ursprünglichen Annahmbedingungen und den



bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen, soweit gesetzliche oder aufsichtsbehördliche Bestimmungen nichts anderes festlegen oder empfehlen.

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

Ende bzw. Aussetzen der Dynamik

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

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

6.3.8 Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

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

6.3.10 Besteht ein Anspruch auf Pflegerentenzahlung, so entfällt während der Dauer des Versicherungsfalles die weitere Erhöhung der Beiträge und Leistungen.

Weitere Dynamikbestimmungen

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

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

7 Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

7.1 Welche Kosten entstehen?

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

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

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

7.2 Für Ihren Versicherungsvertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

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

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

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor.

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

7.3 Höhe der anfallenden Kosten

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

8 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung

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

Die Höhe des Abzugs ist in den Ihnen zur Verfügung gestellten vorvertraglichen Informationen beziffert.

8.1 Welchen Hintergrund hat der Abzug?

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

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

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

gelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Ausgleich für verminderte Kapitalerträge

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

Veränderungen der Risikolage

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

8.2 Angemessenheit des Abzugs

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

8.3 Wann wird auf einen Abzug verzichtet?

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



9 Möglichkeiten bei Zahlungsschwierigkeiten, Beitragsfreistellung und Kündigung

9.1 Welche Möglichkeiten der Überbrückung können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten nutzen?

Stundung der Beiträge

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

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

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

9.2 Wann können Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen?

9.2.1 Sie können jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

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

9.2.3 Die beitragsfreie Leistung wird zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode unter Zugrundelegung des Rückkaufswerts gemäß 9.3.3 errechnet. Ausstehende Forderungen (z. B. rückständige Beiträge) ziehen wir ebenfalls ab.

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

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 7) nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien

Pflegerente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Rente zur Verfügung. Nähere Informationen zur beitragsfreien Rente und ihrer Höhe können Sie den vorvertraglichen Informationen und dem Versicherungsschein entnehmen.

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

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

Teilweise Beitragsfreistellung

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

Wiederinkraftsetzung nach Beitragsfreistellung

9.2.6 Soll eine herabgesetzte beitragsfreie Versicherung wieder in Kraft gesetzt werden, haben wir das Recht, eine Risikoprüfung erneut durchzuführen.

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

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

9.3.1 Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise schriftlich kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche, jährliche oder einmalige Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauf folgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode abweichend von 1.4.1 mit Ablauf dieser Frist. Eine Kündigung während des Pflegerentenbezugs ist nicht möglich.

Mit Wirksamwerden der Kündigung erlischt der rückwirkende Leistungsanspruch gemäß 2.4.4.

Rückkaufswert bei Kündigung

9.3.2 Bei Kündigung erstatten wir den Rückkaufswert. Den Rückkaufswert leisten wir spätestens am 3. Bankarbeitstag nach Wirksamwerden Ihrer Kündigung. Wird die Kündigung bereits zum Ende des Monats wirksam, in dem uns Ihre Kündigungserklärung zugeht, leisten wir den Rückkaufswert spätestens 30 Kalendertage nach Zugang Ihrer Kündigungserklärung.

9.3.3 Der Rückkaufswert ist das zum Zeitpunkt des Wirksamwerdens der Kündigung berechnete Deckungskapital mit AK-Verteilung, vermindert um den gemäß Abschnitt 8 vereinbarten Abzug.

Das Deckungskapital mit AK-Verteilung ist das Deckungskapital, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (AK) auf die ersten 60 Monate der Versicherungsdauer ergibt. Die Abschluss- und Vertriebskosten werden unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzt (siehe Abschnitt 7).

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

Wir sind gemäß § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den nach 9.3.3 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

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

9.3.4 Zusätzlich zahlen wir die Ihrem Vertrag bereits

zugeteilten Überschussanteile gemäß Abschnitt 12 aus, soweit sie nicht bereits in dem gemäß 9.3.3 berechneten Rückkaufswert enthalten sind. Außerdem erhöht sich der Auszahlungsbetrag bei einer Kündigung vor Rentenbeginn gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung gemäß 12.5 zugeteilten Bewertungsreserven.

9.3.5 Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Teilweise Kündigung

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

Prämienrückzahlung

9.3.7 Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

10 Sonstige Änderungen der Versicherung

10.1 Welche Bestimmungen können geändert werden?

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

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

10.2 Welche Anpassungsoptionen gibt es?

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

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

Absinken der Rente aus der Überschussbeteiligung

10.2.2 Sofern die Bonusrente aus dem mechani-



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

10.2.3 Weitere Voraussetzungen sind:

- Sie beantragen die Anpassung innerhalb von 6 Monaten, nachdem wir Sie über die Absenkung der Bonusrente aus dem mechanischen Bonus informiert haben.
- Der Vertrag, für den Sie die Anpassungsoption ausüben, ist laufend oder mit einem Einmalbeitrag bezahlt und nicht gekündigt.
- Die Versicherte Person ist zum Zeitpunkt der Beantragung der Anpassung nicht älter als 70 Jahre.
- Die Summe aller für die Versicherte Person bei uns bestehenden versicherten monatlichen Pflegerenten für die Pflegestufe III darf 3.500 Euro nicht überschreiten.
- Wir bieten eine entsprechende Pflegerentenversicherung mit vergleichbarem Leistungsumfang an.

10.2.4 Für die Anpassung gelten die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Sie können nur den Tarif wählen, dessen Leistungsumfang dem Ihrer Versicherung am nächsten kommt. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

Änderung der Pflegestufe nach dem SGB XI - Umstellungsoption

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

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

tung führen würde.

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

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

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

10.3 Welche Nachversicherungsgarantie gibt es?

10.3.1 Sie haben das Recht, die Anwartschaft auf Pflegerente vor Eintritt der versicherten Pflegebedürftigkeit ohne erneute medizinische Risikoprüfung bei einem Karrieresprung der Versicherten Person zu erhöhen, wenn der Karrieresprung zu einer Erhöhung des regelmäßigen Bruttoeinkommens von mindestens 10 % führt (z. B. Gehaltserhöhung durch Wechsel des Arbeitgebers, Beförderung oder Abschluss einer weiteren beruflichen Qualifikation).

10.3.2 Beantragt werden muss die Erhöhung innerhalb von 6 Monaten, nach dem Sie von dem Ereignis schriftlich oder textlich Kenntnis erlangt haben. Ab Vollendung des 55. Lebensjahres kann die Nachversicherungsgarantie nicht mehr ausgeübt werden.

10.3.3 Für dieses Ereignis darf die Erhöhung für alle bei uns bestehenden Pflegerentenversicherungen in der Summe 20 % der zuvor vereinbarten monatlichen Pflegerente nicht überschreiten.

10.3.4 Für die Erhöhungen im Rahmen dieses Ereignisses gelten grundsätzlich die zum Nachversicherungszeitpunkt gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Sie können nur den Tarif wählen, dessen Leistungsumfang dem Ihrer Versicherung am nächsten kommt. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

10.3.5 Wir sind berechtigt, geeignete Nachweise (z. B. Gehaltsabrechnung vor und nach Einkommenserhö-

hung) zu verlangen, um das Vorliegen der Voraussetzung zu überprüfen. Werden diese trotz Aufforderung nicht von Ihnen beigebracht, können wir eine Erhöhung der versicherten Leistung ablehnen.

10.3.6 Die Nachversicherungsgarantie besteht nicht, sofern für die Versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind, die Versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist und/oder Pflegebedürftigkeit im Sinne unserer Versicherungsbedingungen besteht.

11 Weitere Bestimmungen

11.1 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

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

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

Dies gilt beispielsweise bei

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

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

11.2.2 Die Kosten betragen ab dem 01.01.2012 bei

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

- Mahnungen 5 Euro.

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

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

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

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

11.3 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

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

11.3.2 Ergänzend zu diesen Bedingungen gelten die einschlägigen gesetzlichen Vorschriften.

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

Gerichtsstand

11.4.1 Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach dem Sitz der für den Versicherungsvertrag zuständigen Niederlassung in Deutschland. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zurzeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

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

11.4.3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte der



Bundesrepublik Deutschland zuständig.

Beschwerden

11.4.4 Falls Sie eine Beschwerde haben sollten, stehen wir Ihnen jederzeit zur Verfügung. Wir werden alles tun, um Sie zufrieden zu stellen. Sollte uns dies nicht gelingen, können Sie sich an die zuständige Aufsichtsbehörde wenden, die Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Graurheindorfer Straße 108, 53117 Bonn.

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. Damit ist für Sie als besonderer Service die Möglichkeit eröffnet, den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in Anspruch zu nehmen, wenn Sie mit einer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten. Das Verfahren ist für Sie kostenfrei.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 080632, 10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de

11.5 Können Sie den Versicherungsvertrag widerrufen?

Die Belehrung über Ihr Widerrufsrecht erfolgt im Versicherungsschein.

12 Welche Regelungen gelten für Ihre Beteiligung an den Überschüssen?

12.1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

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

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

12.2 Überschussbeteiligung vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit

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

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

12.2.2 Laufende Überschussanteile

Grundüberschussanteile

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

Zinsüberschussanteile

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

Risikoüberschussanteile

Risikoüberschussanteile werden in Prozent der versicherten Pflegerente ausgewiesen und von Versicherungsbeginn an gemäß 12.3.2 gewährt.

12.2.3 Schlussüberschussanteile und Basisbeteiligung an den Bewertungsreserven (Basisbeteiligung)

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. bei Beendigung vor Leistungseintritt werden zusätzlich ein Schlussüberschussanteil und eine Basisbeteiligung erbracht.

Zur Ermittlung des Schlussüberschussanteils bzw. der Basisbeteiligung werden rechnerisch fiktiv ein Schlussgewinnkonto und ein Basisbeteiligungskonto geführt. Bei Vertragsbeginn betragen das Schlussgewinnkonto und das Basisbeteiligungskonto null. Das Schlussgewinnkonto bzw. das Basisbeteiligungskonto begründen keinen Anspruch auf Gewährung von Schlussüberschussanteilen bzw. einer Basisbeteiligung in einer bestimmten Höhe; sie dienen lediglich als Hilfsgrößen zur Ermittlung von Schlussüberschussanteilen bzw. der Basisbeteiligung bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit bzw. bei Beendigung vor Lei-

stungseintritt. Das Schlussgewinnkonto entspricht einer Anwartschaft auf einen Schlussüberschussanteil, das Basisbeteiligungskonto entspricht einer Anwartschaft auf eine Basisbeteiligung.

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

Zum Ausgleich von Schwankungen der Erträge aus Kapitalanlage, Risikoverlauf und Kostenverlauf können das Schlussgewinnkonto und das Basisbeteiligungskonto reduziert werden - spätestens jedoch am 01.01. des Kalenderjahres in dem der Vertrag endet.

Eine gegebenenfalls vorzunehmende Reduktion bemisst sich in Prozent des Schlussgewinnkontos des Vorjahres bzw. in Prozent des Basisbeteiligungskontos des Vorjahres. Eine Reduktion kann jedoch nicht zu einem negativen Schlussgewinnkontostand bzw. Basisbeteiligungskontostand führen.

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

Bei Tod vor Leistungseintritt oder bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit wird das Schlussgewinnkonto bzw. das Basisbeteiligungskonto erbracht.

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit ist die zusätzlich versicherte Leistung aus dem verrenteten Schlussgewinn- und Basisbeteiligungskonto ab Verrentungszeitpunkt wegen Pflegebedürftigkeit garantiert.

12.3 Überschussverwendung vor Pflegerentenbeginn

Für die Pflegerentenversicherung gelten folgende Überschussverwendungs-Systeme als vereinbart:

12.3.1 Natürlicher Bonus

Die jährlich zugeteilten Grund- und Zinsüberschussanteile werden als Einmalbeitrag für eine zusätzliche Versicherungsleistung verwendet, die gleichzeitig mit der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistung erbracht wird. Der Berechnung dieser zusätzlichen

Versicherungsleistung werden die bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Das Leistungsspektrum dieser zusätzlichen Versicherungsleistung entspricht dem der vertraglich vereinbarten Pflegerentenversicherung gemäß 2.1.

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

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

12.3.2 Mechanischer Bonus

Die jährlich laufenden Risikoüberschussanteile werden für einjährige Bonusversicherungen verwendet, die für eine zusätzliche Leistung ab Beginn der Pflegerentenzahlung erbracht werden. Die Höhe dieser Rente bemisst sich in Prozent der garantierten Pflegerente (einschließlich der garantierten Rente aus dem natürlichen Bonus). Tritt keine Leistungspflicht wegen Pflegebedürftigkeit ein, werden aus dem mechanischen Bonus keine Leistungen fällig. Bei Tod werden keine Leistungen aus dem mechanischen Bonus fällig.

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

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

12.4 Überschussbeteiligung und -verwendung nach Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit

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

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

12.4.2 Die jährlichen Zinsüberschussanteile werden für eine steigende Überschussrente verwendet, die



selbst wieder überschussberechtigt ist. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres.

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

12.5 Beteiligung an den Bewertungsreserven vor Rentenbeginn

12.5.1 Bei Beendigung des Vertrags erhält ein anspruchsberechtigter Vertrag gemäß § 153 Abs. 3 VVG 50 % des ihm zugeordneten Anteils an den Bewertungsreserven. Anspruchsberechtigt sind alle überschussberechtigten kapitalbildenden Versicherungen bis zum Beginn des Rentenbezugs.

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

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

12.5.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 53c Versicherungsaufsichtsgesetz), noch nachkommen kann.

Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir zeitnah zum Zuteilungstermin.

Verteilungsschlüssel

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

Die verteilungsrelevanten Passivposten bestehen im Wesentlichen aus den versicherungstechnischen Bruttorestellungen zuzüglich der Verbindlichkeiten aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft gegenüber Versicherungsnehmer, vermindert um "noch nicht fällige Ansprüche" der Forderungen aus dem selbst abgeschlossenen Geschäft an Versicherungsnehmer. Alle Positionen sind auf die anspruchsberechtigten Verträge abzugrenzen. Die verteilungsrelevante Bilanzsumme umfasst neben den vorgenannten Positionen der anspruchsberechtigten

Verträge auch die entsprechenden Positionen für die nicht anspruchsberechtigten Verträge, das Eigenkapital (ohne nicht eingezahltes Grundkapital), das Genussrechtskapital, die nachrangigen Verbindlichkeiten, die Rückstellungen für Pensionen und ähnliche

Verpflichtungen sowie den Saldo der Abrechnungsverbindlichkeiten und -forderungen aus dem in Rückdeckung gegebenen Geschäft.

Kapitalertragsschlüssel

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

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

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

Basisbeteiligung an den Bewertungsreserven

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

Verwendung

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

12.6 Beteiligung an den Bewertungsreserven ab Rentenbeginn

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

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

12.6.2 Zunächst ermitteln wir die verteilungsfähigen Bewertungsreserven unseres Unternehmens. Verteilungsfähig sind Bewertungsreserven nur in dem Umfang, dass ein Versicherungsunternehmen seiner sich aus dem Versicherungsrecht ergebenden Verpflichtung, die dauerhafte Erfüllbarkeit der Verträge sicherzustellen (§ 53c Versicherungsaufsichtsgesetz), noch nachkommen kann. Die verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermitteln wir auf Basis der Bewertungsreservensituation der zurückliegenden Monate.

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

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

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

Verwendung

12.6.5 Der gemäß 12.6.4 ermittelte Betrag wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhsätze werden auf volle 0,05 % kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

12.7 Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

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



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

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, 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 we-

nigstens 2 Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.
3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

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

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

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

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