

Bedingungen

für die Pflegerenten-Zusatzversicherung

«care»-Option «care»-Option *plus* Anschluss-Option

Stand: 01.2022 (AVB_MR_CPO_2022_01)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Pflegerenten-Zusatzversicherung entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar. Wenn wir in den folgenden Kapiteln die persönliche Anrede „Sie“ nutzen, sprechen wir damit unseren Vertragspartner an. Wir nennen ihn auch Versicherungsnehmer. Sie tragen alle Rechte und Pflichten aus dem Vertrag und können Vertragsänderungen beantragen. Die Versicherte Person ist die Grundlage für die Berechnung Ihrer vertraglichen Leistungen und stellt gleichzeitig das versicherte Risiko dar.

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

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

Eine gendergerechte Anrede ist uns wichtig. In vielen Fällen führt dies leider dazu, dass Texte schwer lesbar oder zu lang werden. Daher verwendet Swiss Life – stellvertretend für alle Geschlechter – die männliche Schreibweise bzw. eine neutrale Variante, wenn dies sprachlich möglich ist.

Inhalt

A	Wie funktioniert Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung?	4
B	Unsere Leistungen und Einschränkungen	4
1	Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	4
1.1	Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017)	4
1.2	Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens	5
1.3	Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz	6
2	Welche Leistungen erbringen wir?	6
2.1	«care»-Option	6
2.2	«care»-Option <i>plus</i>	7
2.3	Anschluss-Option	7
2.4	Wann entsteht der Anspruch auf eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit?	8
2.5	Wann enden unsere Leistungen?	8
2.6	Rechnungsgrundlagen	9
2.7	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	9
2.8	Sonstige Regelungen	9
3	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	9
4	Was gilt für Sie und für uns bei der Nachprüfung der Leistungspflicht?	10
5	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? ..	10
6	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	11
6.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangen?	11
6.2	Hinweis zu Arztanordnungen	12
6.3	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	12
6.4	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	14
6.5	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	14
6.6	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	14
C	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten	14
7	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?	14
7.1	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?	14
7.2	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?	14
7.3	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung	15
7.4	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten	15
D	Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven	15
8	Was ist eine Überschussbeteiligung?	15
8.1	Beteiligung an dem Überschuss	15
8.2	Beteiligung an den Bewertungsreserven ..	16
9	Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?	17
9.1	Beitragsverrechnung	17
9.2	Bonusrente	17
10	Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?	17
11	Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	18
12	Wie beteiligen wir Sie nach Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	18
13	Welche Option haben Sie beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?	19
14	Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?	19
E	Auszahlung von Leistungen	19
15	Ab wann zahlen wir Leistungen aus?	19
16	An wen zahlen wir Leistungen aus?	19
F	Unser Vertragsverhältnis	20

17	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	20
18	Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?	20
19	Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?	20
20	Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?	20
G	Kündigung der Zusatzversicherung ..	21
21	Wann und wie können Sie Ihre Zusatzversicherung kündigen?	21
22	Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?	21
H	Erläuterung wichtiger Begriffe	22
I	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch ...	24

A Wie funktioniert Ihre Pflegerenten-Zusatzversicherung?

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

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

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

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

bedürftigkeit in Höhe von 1.000 Euro aus der Hauptversicherung und eine zusätzliche Rente in gleicher Höhe aus der «care»-Option *plus*. Sie erhalten beide Renten bis zum Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer (Alter 67), in Summe demnach monatlich 2.000 Euro.

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

B Unsere Leistungen und Einschränkungen

1 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

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

- Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei drei von sechs Aktivitäten des täglichen Lebens.

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

1.1 Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI (Stand 01.01.2017)

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftig-

keit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten sind pflegfachlich begründete Kriterien in den folgenden sechs Bereichen:

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der oben genannten Bereiche berücksichtigt.

Gemäß § 15 SGB XI wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsverfahrens ein Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) nach der Schwere der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ermittelt.

Hierbei werden den einzelnen Kriterien der sechs genannten Bereiche pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet. Die durch die Begutachtung festgestellten Einzelpunkte werden addiert und einem festgelegten Punktebereich zugeordnet. Jedem Punktebereich entsprechen festgelegte gewichtete Punkte. Aus den gewichteten Punkten aller Module werden durch Addition die Gesamtpunkte ermittelt. Die Zuordnung der Einzelpunkte zu Punktebereichen erfolgt nach den zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigung der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit

oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 27 bis unter 47,5 Punkten ermittelt wurde.

Weitere Informationen zu den pflegfachlich begründeten Kriterien sowie der Anwendung des Begutachtungsverfahrens sowie den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2017 finden Sie im Anhang. Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Leistungsänderung des Vertrags führen.

1.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

1.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

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

der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach folgenden Kriterien stellt:

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

2. Durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test). Dabei müssen mindestens vier der folgenden sechs 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 Prozent der erreichbaren Punkte erreicht.

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

2 Welche Leistungen erbringen wir?

2.1 «care»-Option

Erhält die Versicherte Person bei Ablauf der vereinbarten Leistungsdauer der Hauptversicherung eine Grundfähigkeitsrente wegen Pflegebedürftigkeit, wird eine Rente in vereinbarter Höhe aus dieser Zusatzversicherung so lange gezahlt, wie Pflegebedürftigkeit im Sinne des Abschnitts 1 besteht, längstens bis zum Tod der Versicherten Person.

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

2.2 «care»-Option plus

Anstelle der «care»-Option (2.1) können Sie sich bei Vertragsschluss für die «care»-Option *plus* entscheiden.

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

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

2.3 Anschluss-Option

In Ergänzung zur «care»-Option oder «care»-Option *plus* können Sie sich bei Vertragsschluss für die Anschluss-Option entscheiden.

Die Anschluss-Option ermöglicht Ihnen, zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer der Grundfähigkeitsversicherung – ohne erneute Gesundheitsprüfung – eine selbstständige Pflegerentenversicherung für die Versicherte Person abzuschließen. Bitte beachten Sie, dass die Anschluss-Option nur in Verbindung mit der «care»-Option oder der «care»-Option *plus* vereinbart werden kann und mit dieser eine Einheit bildet.

Die Anschlussoption setzt voraus, dass

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

Liegen die vorgenannten Voraussetzungen vor, kann die Anschlussoption zu folgenden Terminen ausgeübt werden:

- zum Ende der vereinbarten Versicherungsdauer der Grundfähigkeitsversicherung oder
- alternativ hierzu bereits fünf, zehn, 15 oder 20 Jahre vor Ablauf der vereinbarten Versicherungsdauer der Grundfähigkeitsversicherung zum jeweiligen Versicherungsjahrestag (Options-Zeitpunkt).

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

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

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

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

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

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

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

Voraussetzung für die Ausübung der Anschluss-Option ist, dass bis zum Zeitpunkt der Ausübung kein vertraglicher Leistungsfall eingetreten ist. Sollte ein vertraglicher Leistungsfall eintreten (das bedeutet, dass wir Ihnen z. B. eine Grundfähigkeitsrente bezahlen), kann die Anschluss-Option nicht mehr ausgeübt werden und dieses Recht erlischt. Daher entfällt zum Zeitpunkt unserer Leistungspflicht die Anschluss-Option und Ihr Gesamtbeitrag reduziert sich um den Beitrag der Anschluss-Option. Die Regelungen des Abschnitts 22 dieser Bedingungen gelten dabei entsprechend. Die «care»-Option bzw. die «care»-Option *plus* bleiben hiervon unberührt.

Ihr Anspruch auf Rückerstattung

Da wir nicht wissen, wie sich der Markt der Pflegerentenversicherungen und die Sozialgesetzgebung zukünftig entwickeln, zahlen wir Ihnen das für die Anschluss-Option gebildete Deckungskapital für den Fall aus, dass zum Ende der Versicherungsdauer oder zu einem der oben genannten Options-Zeitpunkte kein verkaufsoffener Pflegerententarif im dann bestehenden Konsortium zur Verfügung steht. Voraussetzung hierfür ist, dass Sie zu einem dieser Zeitpunkte vergeblich von Ihrem Recht Gebrauch gemacht haben. Sie können in diesem Fall zum jeweiligen Options-Zeitpunkt entscheiden, die Anschluss-Option bei-

tragspflichtig weiterzuführen (um zu einem späteren Options-Zeitpunkt von der Option Gebrauch zu machen) oder die Anschluss-Option zu diesem Zeitpunkt zu kündigen. Die Regelungen des Abschnitts 22 dieser Bedingungen gelten dabei sinngemäß. Ab dem Zeitpunkt der Kündigung verringert sich Ihr Gesamtbeitrag um den Beitrag für die Anschluss-Option. Die «care»-Option bzw. die «care»-Option *plus* bleiben hiervon unberührt.

2.4 Wann entsteht der Anspruch auf eine Rente wegen Pflegebedürftigkeit?

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

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

2.5 Wann enden unsere Leistungen?

Der Anspruch auf Leistung erlischt, wenn

- wenn die Versicherte Person stirbt,
- das Ablaufdatum der Leistungsdauer erreicht ist,
- wenn keine Pflegebedürftigkeit mehr besteht,
- wenn der Vertrag vor dem Eintritt unserer Leistungspflicht gekündigt wurde.

Es wird keine Leistung fällig, wenn

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

2.6 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2013 IL, der Tafel DAV 2008 P der Deutschen Aktuarvereinigung und einem Rechnungszins in Höhe von 0,25 Prozent.

2.7 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung

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

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

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

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

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

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

Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

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

2.8 Sonstige Regelungen

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

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

3 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

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

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

Befristetes Anerkenntnis

Grundsätzlich sprechen wir bei Pflegebedürftigkeit kein befristetes Anerkenntnis aus. In begründeten Einzelfällen können wir einmalig ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis für einen Leistungszeitraum von bis zu maximal zwölf Monaten in Textform aussprechen.

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

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

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

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

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

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal

jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen von 6.1 gelten entsprechend.

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

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

Die Einstellung unserer Leistungen erfolgt zum Ende des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit geendet hat. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegereignisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Ein-

schränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig wird, 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, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung,
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte im Sinne des Strafrechts vorsätzlich sowie rechtswidrig den Versicherungsfall herbeigeführt hat,
- durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen der Stoffe darauf gerichtet ist, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- durch Strahlen, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr oder Bekämpfung der Einsatz einer Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbaren Einrichtung nötig ist.

6 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

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

Werden Leistungen aus der Versicherung wegen Pflegebedürftigkeit oder wegen Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit verlangt, müssen Sie bzw. die Versicherte Person oder der berechtigte Dritte die ärztliche Feststellung der versicherten Pflegebedürftigkeit unverzüglich anzeigen. Dies gilt nicht nur, wenn die sechsmonatige Mindestdauer der Pflegebedürftigkeit bereits eingetreten ist, sondern auch wenn sie ärztlicherseits voraussehbar ist. Es sind uns unverzüglich einzureichen:

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit, beispielsweise das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang einer Pflegebedürftigkeit,
- ein ärztlicher Nachweis der Demenzerkrankung. 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.
- eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, bei den die Versicherte Person in Behandlung war oder ist, und Versicherungsgesellschaften, Sozialversiche-

Träger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und früheren Arbeitgeber.

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

Die Regelungen des Abschnitts „Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten“ der Allgemeinen Bedingungen der Hauptversicherung gelten sinngemäß auch bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit.

6.2 Hinweis zu Arztanordnungen

Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Zusatzversicherung. Davon ausgenommen sind der ärztlich empfohlene Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z. B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie ärztlich empfohlene Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind, wenn diese Hilfsmittel bzw. Heilbehandlungen eine sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten und zu einem Absinken des Pflegegrades führen können.

Lässt die Versicherte Person darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

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

6.3.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt ins-

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

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

6.3.2 Rücktritt

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

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

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

6.3.3 Kündigung

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

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

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

6.3.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

6.3.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der

Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf 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 zehn Jahre.

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

6.3.6 Anfechtung

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

6.3.7 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

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

6.3.8 Erklärungsempfänger

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

6.4 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

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

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

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

Mitteilungen, die das Versicherungsverhältnis betreffen, müssen stets in Textform erfolgen. Versicherungsvermittler sind zu ihrer Entgegennahme grundsätzlich nicht bevollmächtigt.

6.6 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person erlischt der Leistungsanspruch.

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

C Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

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

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

7.1 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Eine Senkung der Beiträge für die Grundfähigkeitsversicherung oder eine Beitragsfreistellung führt zu einer Kürzung der Leistungen der Pflegerenten-Zusatzversicherung grundsätzlich im gleichen Verhältnis, außer die beitragsfreien Mindestsummen werden nicht erreicht.

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

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

7.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung

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

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

7.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge, befristete Beitragsfreistellung oder Beitragssenkung

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

D Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

8 Was ist eine Überschussbeteiligung?

Die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven nennen wir Überschussbeteiligung. Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven. Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch null Euro betragen.

Bei Ihrer Versicherung werden die Risiken von mehreren Versicherungsunternehmen im Rahmen

eines Konsortiums gemeinsam getragen. Daher gehen in die Ermittlung der Beteiligung an dem Überschuss und der Beteiligung an den Bewertungsreserven auch die Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Höhe der Beteiligung an dem Überschuss wird von diesen Gesellschaften jährlich im Rahmen ihrer Überschussdeklaration neu festgelegt. Die Bewertungsreserven für den Anteil der Konsortialgesellschaften werden von diesen Gesellschaften mindestens einmal jährlich ermittelt.

Die weiteren Erläuterungen beziehen sich auf die Ermittlung und Beteiligung an dem Überschuss und an den Bewertungsreserven der Swiss Life als Konsortialführerin.

8.1 Beteiligung an dem Überschuss

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

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

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

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtli-

chen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an dem Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Für die Beteiligung am Überschuss fassen wir gleichartige Versicherungen zusammen. Zum Beispiel ordnen wir Rentenversicherungen einer Bestandsgruppe zu und Grundfähigkeitsversicherungen einer anderen Bestandsgruppe. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir innerhalb der Bestandsgruppen Gewinngruppen. Wir verteilen den Überschuss in dem Maße, wie die Bestandsgruppen und Gewinngruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe oder eine Gewinngruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Diese Zusatzversicherung gehört zur Bestandsgruppe 125.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Hauptbevollmächtigte für Deutschland jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Höhe der Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Abhängig von objektiven Risikomerkmale können unterschiedliche Überschussanteilsätze zur Anwendung kommen. Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihre Bestandsgruppe bzw. an dem auf Ihre Gewinngruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

Wir veröffentlichen die festgelegten Überschussanteilsätze jährlich in unserem Geschäftsbericht. Sie können den Geschäftsbericht gern bei uns anfordern oder im Internet auf unserer Website www.swisslife.de/geschaeftsbericht einsehen.

Die Anschluss-Option ist nicht überschussberechtig.

Über den Stand Ihrer Ansprüche unterrichten wir Sie jährlich. Dabei berücksichtigen wir die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 9, 10 und 14.

8.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

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

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

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

Die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven ist **nicht garantiert**, da die Entwicklung der Marktwerte der Kapitalanlagen nicht vorhersehbar ist. Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt. Die Bewertungsreserven werden im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 11, 12 und 14.

9 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls zu?

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

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

9.1 Beitragsverrechnung

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

Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird keine Leistung fällig. Eine beitragsfreie

Versicherung erhält keine Beteiligung am Überschuss.

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

9.2 Bonusrente

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

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

Die Höhe der Bonusrente wird jährlich im Rahmen der Überschussdeklaration neu festgelegt und ist ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit garantiert. Die Höhe der Bonusrente ist nur bis zum Falle einer möglichen Reaktivierung garantiert.

10 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls zu?

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

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

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie

folgt verwendet:

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

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

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

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

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

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

In der Pflegerentenbezugszeit erhält die «care»-Option bzw. die «care»-option *plus* eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Pflegerentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungssituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

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

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

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

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

Verwendung

Der ermittelte Betrag wird im Sinne von § 153 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 Prozent kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Über-

schussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

13 Welche Option haben Sie beim Überschussverwendungs-System Bonusrente?

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

14 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

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

E Auszahlung von Leistungen

15 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

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

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

Meldefrist

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

Verfügungen

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

16 An wen zahlen wir Leistungen aus?

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

Die Einräumung oder Änderung eines Bezugsrechts bedarf gegebenenfalls der Zustimmung der Versicherten Person.

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

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

F Unser Vertragsverhältnis

17 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

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

18 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

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

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

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

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

19 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

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

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

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

20 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung?

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

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

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

G Kündigung der Zusatzversicherung

21 Wann und wie können Sie Ihre Zusatzversicherung kündigen?

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

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

22 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Bei Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig und die Zusatzversicherung erlischt.

Eine Kündigung ist mit Nachteilen für Sie verbunden.

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

H Erläuterung wichtiger Begriffe

Bewertungsreserven

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

Bestandskräftiger Verwaltungsakt

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

Bezugsberechtigter

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

Deckungskapital

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

Erklärungen

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

Höchstrichterliche Entscheidung

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

Minimal Mental Status Test

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

Minimal-Mental-Status-Test sollte durch weiterführende neuropsychologische Tests ergänzt werden.

Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf unternehmenseigenen Tafeln SL 2013 IL, der Tafel DAV 2008 P der Deutschen Aktuarvereinigung und einem Rechnungszins in Höhe von 0,25 Prozent.

Sicherungsvermögen

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

Textform

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

Überschussanteilsätze

Dies sind die konkreten Prozentsätze, mit denen wir unsere Versicherungsnehmer an den Überschüssen beteiligen. Sie können sich von Jahr zu Jahr oder auch in der Bezugsgröße unterscheiden. Beispiele: 1,0 Prozent des Beitrags oder 1,5 Prozent des Deckungskapitals.

Überschussbeteiligung

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

Überschüsse

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

Versicherte Person

Ist die Person, für die ein bestimmtes Risiko versichert ist. Diese Person ist im Versicherungsschein benannt. Zwei Beispiele: Bei einer Versi-

cherung für den Fall der Pflegebedürftigkeit versichern wir für diese Person das Risiko, dass diese Person pflegebedürftig wird.

Versicherungsjahr

Sind in der Regel volle zwölf Monate ab dem Zeitpunkt, zu dem die Versicherung beginnt. Alle Versicherungsjahre eines Vertrags beginnen oder enden immer zu diesem Zeitpunkt. Beispiel: Die Versicherung beginnt am 1. April um 00.00 Uhr. Ein Versicherungsjahr läuft dann vom 1. April 00.00 Uhr eines Jahres bis zum 31. März 24.00 Uhr des darauffolgenden Jahres.

Wenn das erste Versicherungsjahr weniger als zwölf Monate beträgt, sprechen wir von einem Rumpfbeginnjahr. In diesen Fall verschiebt sich der Beginn des zweiten Versicherungsjahres und aller folgenden Versicherungsjahre um die Anzahl der Monate des Rumpfbeginnjahres.

Versicherungsnehmer

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

Versicherungsperiode

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

Versicherungsschein

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

Versicherungsvertrag

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

I Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2017)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

(1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.

(2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität:
Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten:
Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
4. Selbstversorgung:
Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkathe-

- terisierung und Nutzung von Abführmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
- c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte:
Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteter Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.

(3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Abs. 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

(1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen.

Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in der Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:

1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in der Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,

5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

(3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in der Anlage 1 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den

Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

(5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Abs. 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.

(6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.

(7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:

1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.