

Allgemeine Versicherungsbedingungen für die Selbständige Pflegerentenversicherung der Tarifgruppe SPR 17

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Versicherung

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
- § 2 Wann tritt Pflegebedürftigkeit ein?
- § 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
- § 5 Wer erhält die Leistung?

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit

- § 6 Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht, welche Folgen hat ihre Verletzung und was müssen Sie uns während der Laufzeit der Versicherung anzeigen?
- § 7 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen verlangen?
- § 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?
- § 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Nachprüfung der Leistungspflicht

- § 10 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?
- § 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?

Beitragszahlung

- § 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten und was können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten tun?
- § 13 Was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Kündigung

- § 14 Wann können Sie die Versicherung kündigen und dadurch beitragsfrei stellen?

Kosten

- § 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?
- § 16 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Überschussbeteiligung

- § 17 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

Nachversicherungsgarantie

- § 18 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung nachträglich erhöhen?

Weitere Regelungen

- § 19 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 20 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 21 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 22 Wo ist der Gerichtsstand?
- § 23 Wie hoch ist der Rechnungszins?
- § 24 Wann können wir den Beitrag neu festsetzen, und welche Bestimmungen können wir ändern oder ersetzen?
- § 25 Was gilt im Falle von Wirtschaftssanktionen gegen ausländische Staaten??
- § 26 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

Umfang der Versicherung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

- (1) Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung pflegebedürftig im Sinne von § 2, zahlen wir – ggf. erst ab dem Ablauf der Aufschubzeit (vgl. Abs. 1a) – eine Barrente (Pflegerente) in der im Versicherungsschein vereinbarten Höhe und befreien Sie bei laufender Beitragszahlung in voller Höhe von Ihrer Beitragspflicht. Die Versicherungsdauer endet, wenn die versicherte Person stirbt. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus. Wir zahlen die vereinbarte Pflegerente je nach der vorliegenden Pflegestufe gemäß § 2 Abs. 3
- in Höhe von 100% bei Pflegestufe III
 - jeweils in anteilig geringerer Höhe oder gar nicht bei Pflegestufe II oder Pflegestufe I.

Bei einem geringer als Pflegestufe I eingestuften Pflegefall besteht in keinem Fall Anspruch auf die versicherten Leistungen. Die Höhe der garantierten Pflegerente sowie die anteilige Leistungshöhe bei Vorliegen der Pflegestufen I und II finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

- (1a) Wenn in Ihren Vertrag die Aufschubzeit eingeschlossen ist, beginnen unsere Leistungen für eine während der Versicherungsdauer eingetretene Pflegebedürftigkeit der versicherten Person (vgl. § 2) frühestens nach Ablauf von 5 Versicherungsjahren, wenn und solange die Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2) dann vorliegt. Eine Sofortleistung (vgl. Abs. 8) zahlen wir ggf. nur bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit bzw. einer höheren Pflegestufe (vgl. § 2) nach Ablauf der ersten 5 Versicherungsjahre.

Dass bedeutet, dass wir Ihnen in den ersten 5 Versicherungsjahren auch bei einer Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2) der versicherten Person keine Pflegerente und auch keine Sofortleistung (vgl. Abs. 8) zahlen, und Sie auch die Beiträge für Ihre Versicherung weiterhin entrichten müssen.

Ob die Aufschubzeit in Ihren Vertrag eingeschlossen ist, können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

- (2) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen entsteht unabhängig vom Zeitpunkt der Meldung mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch mit dem Versicherungsbeginn und höchstens rückwirkend für einen Zeitraum von 3 Jahren ab der Meldung des Versicherungsfalls bei uns.
- (3) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen sinkt oder erlischt,
- wenn der Grad der Pflegebedürftigkeit sinkt und dadurch nur noch eine geringere Pflegestufe gegeben ist, oder
 - wenn keine Pflegebedürftigkeit im Sinne von § 2 mehr besteht oder die Pflegestufe I nicht mehr erreicht wird.

Stellen wir dies bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht fest, so stellen wir unsere Leistungen mit Ablauf des dritten Monats ein, nachdem Ihnen unsere Darlegung des Nachprüfungsresultates zugegangen ist (vgl. § 10 Abs. 3).

Der Anspruch auf die Rente erlischt außerdem ohne weiteres, wenn die versicherte Person stirbt.

- (4) Liegt zum Zeitpunkt unserer Entscheidung über die Leistungspflicht keine Pflegebedürftigkeit vor, besteht ein Anspruch auf Leistungen nur für die Dauer der Pflegebedürftigkeit.
- (5) Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Wir werden diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht mit dem Rechnungszins (vgl. § 23) verzinst zurückzahlen.

Wenn Sie es wünschen, werden wir die ab Ihrer Meldung fälligen Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht zinslos stunden.

Falls für uns keine Leistungspflicht besteht, sind die ausstehenden Beiträge von Ihnen nachzuzahlen.

Sie können den Beitragsrückstand auch in höchstens 24 Monatsraten zahlen. Alternativ können Sie die nachzuzahlenden Beiträge auch durch eine Herabsetzung der Versicherungsleistungen verrechnen lassen, soweit die Mindestbeträge für die Versicherungsleistungen (vgl. § 14 Abs. 1) dadurch nicht unterschritten werden.

(6) Neben den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie – soweit vorhanden – weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (§ 17).

(7) Wenn Sie die Beitragsrückgewähr eingeschlossen haben, zahlen wir Ihnen die eingezahlten Beiträge bzw. den Einmalbeitrag für diese Versicherung zurück, wenn die versicherte Person vor dem vereinbarten Endzeitpunkt für die Beitragsrückgewähr stirbt, sofern zuvor aus dieser Versicherung noch keine Leistungen erbracht worden sind. Eine Leistung aus dieser Versicherung liegt bei laufender Beitragszahlung auch dann vor, wenn Sie bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit lediglich eine Beitragsbefreiung und keine Rente erhalten, weil in Ihrer Versicherung die für die eingetretene Pflegestufe vereinbarte Leistungshöhe 0% der vereinbarten Rente beträgt (vgl. § 1 Abs. 1); die Beitragsrückgewähr erlischt also auch in diesem Fall.
Den für das Ende der Beitragsrückgewähr vereinbarten Zeitpunkt finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

(8) Wenn Sie die Sofortleistung eingeschlossen haben und nach dem Beginn der Versicherungsdauer – ggf. nach dem Ablauf der Aufschubzeit (vgl. Abs. 1a) – eine Pflegebedürftigkeit der versicherten Person (vgl. § 2) eingetreten ist, so zahlen wir Ihnen zusätzlich zur Rentenzahlung einmalig einen Betrag in Höhe von 6 garantierten Monatsrenten, ggf. anteilig je nach der für die eingetretene Pflegestufe vereinbarte Leistungshöhe (vgl. Abs. 1 und § 2 Abs. 3), aus (**Sofortleistung**). Ist die für die eingetretene Pflegestufe vereinbarte Leistungshöhe 0% der vereinbarten Rente, so zahlen wir keine Sofortleistung. Bei einer späteren Erhöhung der Pflegestufe – ggf. nach dem Ablauf der Aufschubzeit – zahlen wir die Differenz zwischen der Sofortleistung für die bereits anerkannte(n) Pflegestufe(n) und der Sofortleistung für die neu eingetretene Pflegestufe aus.
Die ggf. anteilige Sofortleistung erbringen wir jeweils nur einmal beim erstmaligen Eintritt einer Pflegestufe nach Ablauf der Aufschubzeit (vgl. Abs. 1a), sofern eingeschlossen. Die Summe aller Sofortleistungen ist auf das 6-fache der garantierten monatlichen Pflegerente für die Pflegestufe III beschränkt.
Ob die Sofortleistung in Ihren Vertrag eingeschlossen ist, sehen Sie in Ihrem Versicherungsschein.

(9) Sie haben das Recht, jederzeit bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 75. Lebensjahr vollendet, Deckungskapital bis zur Höhe des jeweils vorhandenen Rückkaufwertes zuzüglich der jeweils vorhandenen Überschüsse (vgl. § 14 Abs. 3) aus dieser Versicherung zu entnehmen. Das Entnahmerecht besteht nicht, wenn und solange die versicherte Person pflegebedürftig ist (vgl. § 2). Ihre Leistungen werden dann entsprechend herabgesetzt; sofern Ihre garantierte Pflegerente dadurch einen Betrag von 20 Euro monatlich unterschreitet, erlischt Ihr Vertrag und wir zahlen Ihnen den vorhandenen Rückkaufwert zuzüglich der vorhandenen Überschussbeteiligung, soweit vorhanden, vollständig aus.

Bei fortbestehendem Vertrag und laufender Beitragszahlung können Sie die Beiträge entweder in unveränderter Höhe weiterzahlen oder entsprechend der Entnahme vermindern.

Die Entnahme müssen Sie mit einer Frist von einem Monat zum Monatsersten in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) bei uns beantragen.

§ 2 Wann tritt Pflegebedürftigkeit ein?

(1) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls sechs Monate ununterbrochen so hilflos war oder voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos sein wird, dass sie für die in Absatz 2 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer

Hilfsmittel täglich in erheblichem Umfang der Hilfe einer anderen Person bedarf und der Pflegefall mit mindestens 2 Punkten gemäß Absatz 2 bewertet wurde.

Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen, beispielsweise durch ein Pflegegutachten der gesetzlichen Pflegeversicherung. Der Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen stimmt nicht mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts (z.B. § 14 Abs. 2 SGB XI) überein, sondern enthält eine eigenständige Beschreibung des Versicherungsfalls. Die Anerkennung einer Leistung durch die gesetzliche Sozialversicherung bedeutet daher nicht, dass auch die Leistungsvoraussetzungen für diese Versicherung erfüllt sind.

(2) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind Art und Umfang der täglichen persönlichen Hilfe. Dabei wird die nachstehende Pflegetabelle angewendet:

Die versicherte Person benötigt gemäß Absatz 1 Hilfe beim Fortbewegen im Zimmer	1 Punkt
Aufstehen und Zubettgehen	1 Punkt
An- und Auskleiden	1 Punkt
Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken	1 Punkt
Waschen	1 Punkt
Verrichten der Notdurft	1 Punkt

Dabei gilt folgendes:

- a) Fortbewegen im Zimmer
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung benötigt, um sich an ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- b) Aufstehen und Zubettgehen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- c) An- und Auskleiden
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- und auskleiden kann.
- d) Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäß – nicht ohne Hilfe einer anderen Person bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke einnehmen kann.
- e) Waschen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt.
- f) Verrichten der Notdurft
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 Bettgeschüssel verrichten kann oder
 - weil der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln, wie Windeln oder speziellen Einlagen, einem Katheder oder einem Klostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die versicherte Person bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(3) Die Pflegestufen im Sinne dieser Bedingungen werden wie folgt nach der Anzahl der Punkte gemäß Absatz 2 eingestuft:

- Pflegestufe I: bei 2 oder 3 Punkten
- Pflegestufe II: bei 4 oder 5 Punkten
- Pflegestufe III: bei 6 Punkten

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

(4) Unabhängig von der Bewertung der Aktivitäten des täglichen Lebens aufgrund der Punktetabelle in Absatz 2 liegt die Pflegestufe II vor, wenn die versicherte Person eine mittelschwere

oder schwere kognitive Beeinträchtigung (Demenz) aufweist bzw. liegt die Pflegestufe III vor, wenn die versicherte Person eine schwerste kognitive Beeinträchtigung aufweist, die bereits sechs Monate ununterbrochen bestand oder voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen bestehen wird. Gedeckt sind mittelschwere, schwere und schwerste Hirnleistungsstörungen, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden, wenn als deren Folge die versicherte Person Beaufsichtigung oder Anleitung bei der Verrichtung der so genannten Aktivitäten des täglichen Lebens oder kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst erheblich gefährden würde.

Eine mittelschwere, schwere oder schwerste Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Die Diagnose einer mittelschweren, schweren oder schwersten Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss für eine mittelschwere oder schwere kognitive Beeinträchtigung mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ bzw. für eine schwerste kognitive Beeinträchtigung ein Schweregrad 7 „Schwerste kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5 bzw. GDS 7) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen

Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden. Leichte oder mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere, schwere oder schwerste Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvo raussetzungen nicht.

Beaufsichtigung zur Verhütung von Gefährdung im Sinne dieser Definition bedeutet, dass die versicherte Person beaufsichtigt werden muss, um zu verhindern, dass sie sich oder anderen Personen Schaden zufügt, weil die versicherte Person

- gefährdende Situationen verkennt oder verursacht oder
- unsachgemäß mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen hantiert oder
- sich physisch oder verbal aggressiv in Verkenntung der Situation verhält.

(5) Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punktetabelle liegt die Pflegestufe III vor, wenn die versicherte Person bereits zwölf Monate ununterbrochen bettlägerig war oder voraussichtlich zwölf Monate bettlägerig sein wird und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen konnte bzw. kann oder wenn die versicherte Person der Bewahrung bedurfte bzw. bedarf.

Bewahrung liegt vor, wenn die versicherte Person wegen einer seelischen Erkrankung oder geistigen Behinderung sich oder andere in hohem Maße gefährdet und deshalb nicht ohne ständige Beaufsichtigung bei Tag und Nacht versorgt werden kann.

(6) Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 3 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt

- wenn wir Ihren Antrag schriftlich angenommen haben oder Ihnen der Versicherungsschein zugegangen ist;
- frühestens jedoch ab dem im Versicherungsschein angegebenen Termin.

Vorher besteht kein Versicherungsschutz.

Ein bei Antragstellung vereinbarter vorläufiger Versicherungsschutz wird hierdurch nicht berührt.

Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Zahlung des ersten oder einmaligen Beitrags.

§ 4 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Pflegebedürftigkeit beruht.

(2) Wir leisten jedoch nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht ist:

- (a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person;
 - (b) durch absichtliches Herbeiführen von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
 - (c) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer die Pflegebedürftigkeit bei der versicherten Person vorsätzlich herbeigeführt haben;
 - (d) unmittelbar oder mittelbar durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat, oder durch Kriegsereignisse.
- Tritt die Pflegebedürftigkeit während eines Aufenthaltes der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland infolge kriegerischer Ereignisse ein, an denen sie nicht aktiv beteiligt war, werden wir jedoch leisten;
- (e) unmittelbar oder mittelbar durch das vorsätzliche Frei- oder Einsetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen oder den entsprechenden Waffen, sofern diese Tat darauf gerichtet ist, das Leben 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 bestätigt wird;
 - (f) durch Strahlen aufgrund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen in so ungewöhnlichem Maße gefährden oder schädigen, dass es zur Abwehr und Bekämpfung dieser Strahlen des Einsatzes der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder bedarf. Wenn die versicherte Person diesen Strahlen berufsmäßig ausgesetzt ist, werden wir jedoch leisten.

§ 5 Wer erhält die Leistung?

(1) Als unser Versicherungsnehmer können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Wenn Sie keine Bestimmung treffen, leisten wir an Sie bzw. Ihre Erben.

Bezugsberechtigung

(2) Sie können uns widerrufen oder unwiderrufen eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

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

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

(3) 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.

(4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie als unser Versicherungsnehmer. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z.B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

Vorvertragliche und laufende Anzeigepflichten und Mitwirkungspflichten bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit

§ 6 Was bedeutet vorvertragliche Anzeigepflicht, welche Folgen hat ihre Verletzung und was müssen Sie uns während der Laufzeit der Versicherung anzeigen?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

- (1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform gefragt haben, wahrheitsgemäß und vollständig anzugeben. Gefahrerheblich sind die Umstände, die für unsere Entscheidung, den Vertrag überhaupt oder mit dem vereinbarten Inhalt zu schließen, erheblich sind.

Diese Anzeigepflicht gilt auch für Fragen nach gefahrerheblichen Umständen, die wir Ihnen nach Ihrer Vertragserklärung, aber vor Vertragsannahme, in Textform stellen.

- (2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.
- (3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

- (4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht
- vom Vertrag zurücktreten,
 - den Vertrag kündigen,
 - den Vertrag ändern oder
 - den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten
- können und welche Folgen dies jeweils hat.

Rücktritt

- (5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir dennoch kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz oder Leistungsausschluss) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.
- (6) Im Fall des Rücktritts, haben Sie rückwirkend ab Vertragsschluss keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen:

Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

- (7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den nach § 14 Abs. 3 berechneten Rückkaufwert zuzüglich der vorhandenen Überschussbeteiligung. Den Rückkaufwert zahlen wir nicht, wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalls trotz unseres Rücktritts zur Leistung verpflichtet bleiben (vgl. Abs. 6).

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

- (8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.
- (9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz oder

Leistungsausschluss) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung

- (11) Können wir nicht zurücktreten, weil wir den Vertrag – möglicherweise zu anderen Bedingungen (z.B. höherer Beitrag oder Leistungsausschluss) – auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (Abs. 5 S. 3), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 12 Abs. 2) Vertragsbestandteil.

- (12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn
- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10% erhöhen oder
 - wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

- (13) Haben Sie oder die versicherte Person ohne Verschulden oder in Unkenntnis die Anzeigepflicht verletzt, verzichten wir zu Ihren Gunsten auf das uns gesetzlich zustehende Recht (vgl. § 19 VVG), ab Beginn des laufenden Versicherungsjahres einen erhöhten risikogerechten Beitrag von Ihnen zu verlangen, die Vertragsbedingungen anzupassen oder den Vertrag zu kündigen (vgl. Abs. 8 und Abs. 11).

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (14) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung stehen uns nur zu, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben.

- (15) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

- (16) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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 angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

- (17) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung erlöschen nach Ablauf von 5 Jahren seit Vertragsabschluss. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte jedoch auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Bei vorsätzlicher oder arglistiger Verletzung der Anzeigepflicht beträgt die Frist 10 Jahre seit Vertragsschluss.

Anfechtung

- (18) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person (das ist die Person, auf deren Leben die Versicherung abgeschlossen ist), können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung/Wiederherstellung des Vertrages

- (19) Die Absätze 1 bis 18 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 17 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (20) Wir üben unsere Rechte durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

§ 7 Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen verlangen?

- (1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, sind uns auf Kosten des Anspruchstellers unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:
- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
 - ausführliche Berichte der Fachärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über den Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - einen Identitätsnachweis der versicherten Person (z.B. Ausweiskopie, Abstammungsurkunde);
 - ein Pflegeschein sowie eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.
- (2) Wir können außerdem zusätzliche Auskünfte sowie ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten. Hält sich die versicherte Person nicht in der Bundesrepublik Deutschland auf, so müssen Sie die Reise- und Aufenthaltskosten vorher mit uns abstimmen; wir übernehmen diese, wenn sie üblich und angemessenen sind.

Die versicherte Person ist verpflichtet

- Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten,
- Pflegepersonen und Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege war oder sein wird,
- andere Personenversicherer, Krankenkassen, Berufsgenosenschaften und Behörden

zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen, soweit dies zur Prüfung unserer Leistungspflicht erforderlich ist.

- (3) Erhalten Sie Leistungen aus dieser Versicherung, müssen Sie uns den Wegfall oder eine Minderung der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person unverzüglich in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) mitteilen.
- (4) Nach den Grundsätzen von Treu und Glauben muss die versicherte Person zumutbare Heilbehandlungen und Maßnahmen (z.B. Diät, Suchtentzug, Verwendung von Seh- oder Hörlhilfen, von orthopädischen oder anderen medizinisch-technischen Heil- und Hilfsmitteln) ergreifen, um eine Minderung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erreichen. Zumutbar sind Heilbehandlungen und Maßnahmen, die nicht mit besonderen Schmerzen oder Gefahren verbunden sind; sie müssen dabei geeignet sein, den Eintritt der Pflegebedürftigkeit zumindest zu verzögern oder eine bestehende Pflegebedürftigkeit abzukürzen. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

§ 8 Was ist darüber hinaus zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

- (1) Wird eine Leistung aus dem Vertrag beansprucht, können wir verlangen, dass uns der Versicherungsschein vorgelegt wird.
- (2) Wir können vor jeder Rentenzahlung auf unsere Kosten einen Nachweis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt.
- (3) Der Tod der versicherten Person muss uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) mitgeteilt werden.
- (4) Unsere Geldleistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten. Bei Überweisungen von Geldleistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Wenn uns alle erforderlichen Unterlagen und Informationen vorliegen, erklären wir innerhalb einer Woche in Textform, ob und für welchen Zeitraum wir leisten. Eine Anerkennung erklären wir grundsätzlich ohne zeitliche Befristung. Nur in begründeten Einzelfällen können wir einmalig eine befristete Anerkennung aussprechen. In dieser Zeit werden wir keine Nachprüfung nach § 10 vornehmen.

Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen zeitnah anfordern.

Nachprüfung der Leistungspflicht

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung unserer Leistungspflicht?

- (1) Nach der Anerkennung können wir unsere Leistungspflicht nachprüfen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns beauftragte Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 7 Abs. 2 und Abs. 4 gelten entsprechend.
- (3) Liegt Pflegebedürftigkeit nicht vor, so legen wir Ihnen dies in Textform dar. Mit Ablauf des dritten Monats, nachdem Ihnen unsere Darlegung zugegangen ist, stellen wir unsere Leistungen ein. Bei laufender Beitragszahlung müssen Sie dann wieder Beiträge zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

§ 11 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflicht nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?

- (1) Solange Sie, die versicherte Person oder der Anspruchsinhaber eine Mitwirkungspflicht nach § 7 oder § 10 vorsätzlich nicht erfüllen, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei.
- (2) Bei grob fahrlässiger Verletzung einer der in Absatz 1 genannten Mitwirkungspflichten mindert sich unsere Leistungspflicht in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf den Eintritt oder die Feststellung der Pflegebedürftigkeit oder die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist; dies gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wurde.
- (3) Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

Beitragszahlung

§ 12 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten und was können Sie bei Zahlungsschwierigkeiten tun?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung als Einmalbeitrag oder als laufenden Beitrag monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen.
- (2) Den ersten Beitrag müssen Sie unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Folgebeiträge sind bis zum Ende der Versicherungsperiode zu entrichten, innerhalb der die versicherte Person stirbt, längstens bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeiträgen und Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- (3) Sie haben den Beitrag rechtzeitig gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:

- Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
- Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.

Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn Sie unverzüglich nach unserer 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.

Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.

- (4) Bei laufender Beitragszahlung können Sie – wenn in Ihren Versicherungsvertrag eingeschlossen – die versicherte Rente bis auf den Mindestbetrag von 100 Euro absenken (**Wiederherstellungsoption**)

- einmal während der gesamten Versicherungsdauer für bis zu 6 Monate ohne Angabe von Gründen, frühestens jedoch nach Ablauf von 2 Versicherungsjahren,
- für bis zu 12 Monate nachdem Sie die Beiträge in den drei vorigen Jahren vollständig bezahlt haben, wenn und solange Sie arbeitslos sind und uns dies durch eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit nachweisen,
- für bis zu 12 Monate für jedes Kind, wenn Sie in gesetzliche Elternzeit gehen und uns dies nachweisen.

Die Beiträge sinken dann für den genannten Zeitraum entsprechend. Anschließend ist ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder die Rente in der ursprünglichen Höhe versichert. Die Beiträge können für die gleiche Rente nach der Wiederanhebung höher sein als vor der Absenkung.

- (5) Wenn in Ihren Versicherungsvertrag das Recht auf Beitragsstundung eingeschlossen ist, werden wir bei Zahlungsschwierigkeiten auf Ihren Wunsch einen teilweisen oder vollständigen Zahlungsaufschub für die laufenden Beiträge Ihrer Versicherung mit Ihnen vereinbaren, wenn Sie die Beiträge mindestens 5 Jahre lang vollständig gezahlt haben und die restliche Beitragszahlungsdauer nach Ablauf des Zahlungsaufschubes noch mindestens ein weiteres Jahr beträgt. Der Zahlungsaufschub ist für höchstens 6 Monate möglich und kann insgesamt nur einmal in Anspruch genommen werden. Der Zahlungsaufschub ist zinslos. Ihr Versicherungsschutz bleibt vollständig erhalten.

Darüber hinaus werden wir für jeden der folgenden Anlässe insgesamt einmal einen zinslosen Zahlungsaufschub von jeweils höchstens 12 Monaten für die laufenden Beiträge Ihrer Versicherung mit Ihnen vereinbaren,

- wenn und solange Sie arbeitslos sind und uns dies durch eine Bescheinigung der zuständigen Agentur für Arbeit nachweisen,
- wenn Sie, Ihr Ehepartner oder Ihr eingetragener Lebenspartner oder eines Ihrer Kinder für mehr als 6 Wochen unterbrochen arbeitsunfähig erkranken bzw. die Betreuung des erkrankten Kindes eine Arbeit nicht zulässt,
- wenn Ihr Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner stirbt,
- wenn eines Ihrer Kinder stirbt,
- wenn Sie ein Kind bekommen und die gesetzliche Elternzeit in Anspruch nehmen,
- wenn Sie einen Verwandten ersten Grades (Eltern oder Kinder) in einem Umfang pflegen müssen, der eine Arbeit nicht zulässt,
- wenn Sie sich von Ihrem Ehepartner oder eingetraginem Lebenspartner scheiden lassen,
- unvorhersehbare Schadensereignisse oder unvorhersehbare Einkommenseinbußen, auf die Sie keinen Einfluss haben und deren Folgen Sie auch bei Anwendung der gebotenen Sorgfalt nicht abwenden können; wie zum Beispiel eine plötzliche Erkrankung, ein Unfall, Naturkatastrophen oder staatliche Maßnahmen.

Endet der Zahlungsaufschub, können Sie die ausstehenden Beiträge in einem Betrag oder in monatlicher, vierteljährlicher oder halbjährlicher Ratenzahlung über einen Zeitraum von höchstens 24 Monaten nach dem Ende des Zahlungsaufschubes nachzahlen.

- (6) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung verrechnen wir Beitragsrückstände, auch aus einem Zahlungsaufschub nach Absatz 5, mit der Leistung.

- (7) Versicherungsvermittler und –vertreter sind nicht zur Annahme von Zahlungen bevollmächtigt.

§ 13 Was geschieht, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

Einmalbeitrag oder erster Beitrag

- (1) Wenn Sie den Einmalbeitrag oder den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange die Zahlung nicht geleistet ist. 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 für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen.

- (2) Ist der Einmalbeitrag oder der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalls noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag und sonstige Beiträge

- (3) Zahlen Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie uns aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.

- (4) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

- (5) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

- (6) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist, allerdings nur
 - innerhalb eines Monats nach der Kündigung
 - oder wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 14 Wann können Sie die Versicherung kündigen und dadurch beitragsfrei stellen?

Kündigung

- (1) Sie können Ihre Versicherung bei laufender Beitragszahlung jederzeit mit Frist von einem Monat zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) kündigen und dadurch beitragsfrei stellen. Wir bilden dann eine beitragsfrei versicherte Rente aus dem Rückkaufswert der Versicherung (vgl. Absatz 3).

Durch die Beitragsfreistellung vermindern sich die versicherten Leistungen aus dieser Versicherung. Die beitragsfreie Rente bleibt weiterhin versichert, wenn sie den Mindestbetrag von 20 Euro erreicht. Wird der Mindestbetrag bei vollständiger Beitragsfreistellung nicht erreicht, erlischt die Versicherung und ihr Rückkaufswert zuzüglich der Überschussbeteiligung – sofern jeweils vorhanden (vgl. Abs. 3 und 4) – wird ausgezahlt. Wird der

Mindestbetrag bei teilweiser Beitragsfreistellung nicht erreicht, so ist nur die vollständige Beitragsfreistellung möglich. Die Versicherung kann im Leistungsbezug nicht gekündigt werden.

(2) **Die Kündigung bzw. Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung kann Nachteile für Sie haben.**

Denn in der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung der Kosten (vgl. § 15) kein oder nur ein geringer Rückkaufswert für die Bildung der beitragsfreien Leistungen vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobräge, gemessen an den gezahlten Beiträgen, nur geringe oder gar keine Rückkaufwerte für die Bildung der beitragsfreien Leistungen vorhanden.

Rückkaufwert als Grundlage für die beitragsfreie Leistung

- (3) Bei Kündigung bzw. Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung berechnen wir entsprechend § 169 VVG einen Rückkaufswert. Dieser entspricht dem nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Prämienkalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechneten Deckungskapital Ihrer Versicherung, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (vgl. § 15 Abs. 2) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Versicherungsjahre ergibt.

Für die Bildung des Rückkaufwertes Ihrer Versicherung verwenden wir bei laufender Beitragszahlung nur den nach Deckung des Risikos und der Kosten verbleibenden Teil des Beitrags. Der Rückkaufswert wird bei laufender Beitragszahlung zum einen gebildet, um das mit dem steigenden Alter der versicherten Person wachsende Risiko der Pflegebedürftigkeit auszugleichen, da wir sonst die Beiträge ebenfalls entsprechend anheben müssten. Zum anderen wird der Rückkaufswert für die beitragsfreie Zeit nach Ablauf der Beitragszahlungsdauer gebildet. Der Rückkaufswert wird also im Laufe der Versicherungsdauer auch wieder verbraucht. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist in der Anfangszeit ein Rückkaufswert vorhanden, der in den Folgejahren nach und nach verbraucht wird.

Beitragsrückstände behalten wir vom Rückkaufswert ein.

- (4) Ein Rückkaufswert ist nur vorhanden, wenn aus dieser Versicherung noch kein Anspruch auf Leistungen bestanden hat.

- (5) Nach einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung können Sie innerhalb der nächsten 5 Jahre zum Beginn einer Versicherungsperiode mit Antrag in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) die Beitragszahlung bis zur ursprünglichen Höhe wieder aufnehmen, sofern eine Pflegebedürftigkeit (vgl. § 2) noch nicht eingetreten ist. Die versicherten Leistungen berechnen wir dann nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu. Innerhalb der ersten 6 Monate nach einer Kündigung bzw. Beitragsfreistellung ist die Wiederaufnahme der Beitragszahlung ohne Gesundheitsprüfung möglich. Danach ist eine Gesundheitsprüfung erforderlich, deren Ergebnis die Wiederaufnahme der Beitragszahlung auch ausschließen kann.

Kosten

§ 15 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie um übrige Kosten.

Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragstellung entstehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den übrigen Kosten gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Nähtere Angaben zu den Kosten können Sie Ihrem Produktinformationsblatt entnehmen, das Sie zusammen mit der Kundeninformation erhalten haben.

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Dies bedeutet, dass Sie in den ersten Versicherungsjahren mit Ihren Beiträgen auch einen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten tilgen. Der

nach dem genannten Verrechnungsverfahren zu tilgende Betrag ist gemäß der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5% der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt. Bei einer Kündigung verteilen wir diese Abschluss- und Vertriebskosten jedoch gemäß § 169 VVG immer auf mindestens 5 Jahre (vgl. § 14 Abs. 3).

- (3) Den restlichen Teil der Abschluss- und Vertriebskosten, also der Teil, der nicht nach dem in Abs. 2 genannten Verfahren verrechnet wird, entnehmen wir nach der Verrechnung gemäß Abs. 2 während der weiteren Beitragszahlungsdauer aus den laufenden Beiträgen. Die übrigen Kosten verteilen wir über die gesamte Vertragslaufzeit. In den einzelnen Vertragsjahren können die Kosten unterschiedlich hoch ausfallen.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Leistungen vorhanden sind, mindestens jedoch die in § 14 genannten Beträge. Nähere Informationen können Sie der Garantiewertetabelle in Ihrer Kundeninformation entnehmen.

§ 16 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) **Kosten für zusätzlichen Verwaltungsaufwand**

Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, stellen wir Ihnen für die folgenden Leistungen pauschale Gebühren in Rechnung:

- Bearbeitung von Lastschriftretouren, sofern diese von Ihnen zu vertreten sind
- Mahnungen
- Ausstellen eines Ersatz-Versicherungsscheins
- Anschriftermittlung
- Versicherungsnehmerwechsel, sofern wir diesen im Einzelfall zulassen
- Bearbeitung einer Teilkündigung bzw. teilweisen Beitragsfreistellung, § 14 Abs. 1
- Durchführung von sonstigen Vertragsänderungen (beispielsweise Änderungen der Zahlungsweise, Terminverschiebungen)

Die Höhe der gegenwärtig erhobenen Gebühren entnehmen Sie bitte Ihrem Produktinformationsblatt, welches Sie zusammen mit Ihren Vertragsunterlagen erhalten haben. Wir sind berechtigt und verpflichtet, die Höhe der Gebühren nach billigem Ermessen an die allgemeine Kostenentwicklung anzupassen. Die Höhe der Gebühren kann dementsprechend künftig steigen oder sinken.

Nachweis geringerer Gebühren

Bei der Bemessung der Pauschale haben wir uns an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Die Beweislast für die Angemessenheit der Kostenpauschale tragen wir. Sofern Sie uns aber demgegenüber nachweisen, dass die der Bemessung zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach niedriger zu beziffern sind, entfällt die Pauschale bzw. wird – im letzteren Fall – entsprechend herabgesetzt.

Gebühren für weitere Leistungen

Wir sind berechtigt, für weitere Leistungen, die wir in Ihrem Auftrag oder Ihrem mutmaßlichen Interesse erbringen und die nach den Umständen zu urteilen, nur gegen eine Vergütung zu erwarten sind, Gebühren nach billigem Ermessen (§ 315 BGB) zu erheben. Für Leistungen, zu deren Erbringung wir gesetzlich oder vertraglich verpflichtet sind, erheben wir keine Gebühren, es sei denn dies ist gesetzlich zulässig.

(2) **Weiterbelastung öffentlicher Abgaben**

Sollten Steuern auf Versicherungsbeiträge oder sonstige öffentliche Abgaben erhoben werden, sind wir berechtigt, Ihnen diese weiterzubelasten.

Überschussbeteiligung

§ 17 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Ihre Versicherung erhält eine Überschussbeteiligung. Diese besteht gemäß der derzeit gültigen Fassung des § 153 VVG aus Anteilen an unseren Überschüssen und Bewertungsreserven. Die Überschussbeteiligung wird nach den folgenden Regelungen ermittelt und Ihrer Versicherung gutgeschrieben.

(2) Um die zugesagten Versicherungsleistungen über die gesamte Versicherungsdauer hinweg sicherzustellen, sind die vereinbarten Beiträge besonders vorsichtig kalkuliert. An den so entstehenden Überschüssen, die jährlich bei unserem Jahresabschluss festgestellt werden, beteiligen wir Sie entsprechend den jeweils geltenden Grundsätzen des Versicherungsaufsichtsgesetzes angemessen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungen dieser Bestandsgruppe nach der derzeitigen Rechtslage am Risikoergebnis (Pflegebedürftigkeitsrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90% und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50% gemäß den Vorschriften der Mindestzuführungsverordnung (MindZV) beteiligt.

Die Höhe der Überschüsse hängt von zahlreichen Faktoren ab, wie zum Beispiel der Entwicklung der versicherten Risiken und insbesondere im Leistungsbezug von den Erträgen aus den Kapitalanlagen. Die Entwicklung dieser Faktoren ist nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Die Höhe der künftigen Überschüsse kann also nicht garantiert werden. Der Vorstand unseres Unternehmens legt auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Bestimmungen die Überschussanteilsätze jährlich fest.

Die Mittel für die Überschussanteile werden bei Direktgutschrift durch Überschüsse des Geschäftsjahres finanziert, andernfalls der Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) entnommen. In einzelnen Versicherungsjahren kann eine Zuteilung von Überschüssen entfallen, sofern dies sachlich gerechtfertigt ist.

Verbindliche Angaben über die künftigen Überschüsse sind daher nicht möglich. Die Überschussanteilsätze werden jährlich neu festgelegt und im Geschäftsbericht veröffentlicht. Den Geschäftsbericht senden wir Ihnen auf Wunsch gern zu.

(3) Überschüsse können in erster Linie entstehen, wenn das Risiko niedriger ist als bei der Tarifkalkulation angenommen (Risikoüberschuss). An diesen Überschüssen werden Sie entsprechend der MindZV angemessen beteiligt.

Die weiteren Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen der Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind, erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in der MindZV genannten Prozentsatz. Derzeit beträgt dieser Satz 90%. Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Eventuell verbleibende Mittel verwenden wir für die Überschüsse der Versicherungsnehmer (Zinsüberschüsse).

(4) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen und teilweise darüber hinaus in Gewinnverbänden zusammengefasst. Der zu verteilende Überschuss wird den einzelnen Bestandsgruppen zugeordnet und – soweit er den Verträgen nicht direkt gutgeschrieben wird – in die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) eingestellt. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Gruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang diese zur Überschussteilung beigetragen haben.

Die in die RfB eingestellten Mittel dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwenden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach den derzeitigen Regelungen des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Danach können wir die Rückstellung, im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, 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.

(5) Ihre Versicherung gehört zur Bestandsgruppe der Pflegerentenversicherungen. Wurde Ihre Versicherung im Rahmen eines Kollektivvertrags abgeschlossen, so gehört Ihre Versicherung in die Bestandsgruppe der überschussberechtigten Kollektivversicherungen ohne eigene Vertragsabrechnung. Das Anlagerisiko zu den Versicherungen wird von uns getragen.

(6) **Überschüsse außerhalb der Pflegebedürftigkeit**

Außerhalb der Pflegebedürftigkeit werden für die Versicherung laufende Überschussanteile am Schluss eines jeden Versicherungsjahrs gewährt.

Maßstäbe der laufenden Überschussanteile außerhalb der Pflegebedürftigkeit

Die laufenden Überschussanteile setzen sich aus Risikoüberschuss- und Zinsüberschussanteilen zusammen.

Für die Versicherung werden am Schluss eines jeden Versicherungsjahrs Risikoüberschussanteile gewährt, wenn sie nicht beitragsfrei gestellt worden ist. Dieser Risikoüberschuss berechnet sich aus den Bemessungsgrundlagen multipliziert mit dem Überschussanteilsatz. Für diese Überschüsse ist die versicherte Rente die Bemessungsgrundlage. Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag und Versicherungen, bei denen die Beitragszahlungsdauer kürzer ist als die Versicherungsdauer, werden die Risikoüberschüsse gleichmäßig auf die vereinbarte Versicherungsdauer verteilt.

Für Versicherungen gegen Einmalbeitrag wird zusätzlich zum Ende eines jeden Versicherungsjahrs ein Zinsüberschussanteil gewährt. Auch für beitragsfrei gestellte Versicherungen wird ein Zinsüberschussanteil gewährt. Die Höhe wird in Prozent des nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Grundlagen der Prämienkalkulation berechneten Deckungskapitals der Versicherung bemessen.

Verwendung der laufenden Überschussanteile außerhalb der Pflegebedürftigkeit

Die Verwendung der für die Versicherungen gewährten Überschussanteile erfolgt während der Anwartschaft nach dem Überschussystem Sofortbonus.

Sofortbonus

Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit erhöht sich die versicherte Rente um einen nicht garantierten Sofortbonus.

Der Sofortbonus wird in Prozent der versicherten Rente bemessen. Der Sofortbonus wird jährlich neu festgelegt, so dass er sinken oder auch ganz entfallen kann. Versicherungen, die bereits im Leistungsbezug sind, sind von einer späteren Senkung des Sofortbonus jedoch nicht betroffen.

Maßstäbe und Verwendung der Überschussanteile, während Pflegebedürftigkeit besteht

(7) Das Überschussystem Ihrer Versicherung ist während des Bestehens von Pflegebedürftigkeit die **jährliche Rentensteigerung**. Die einzelne Versicherung erhält zu Beginn eines jeden Versicherungsjahrs laufende Zinsüberschussanteile. Bemessungsgrundlage ist das nach anerkannten versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Grundlagen der Prämienkalkulation berechnete Deckungskapital zum Zuteilungstermin. Die Überschussanteile werden zur Rentensteigerung verwendet. Auch der Sofortbonus (vgl. Abs. 6) erhält jährliche Rentensteigerungen.

Als zusätzliche und nicht garantierte Leistung kann – sofern in Ihren Vertrag eingeschlossen – bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit Ihre Pflegerente aus den Überschüssen erhöht werden, wenn die versicherte Person Leistungen aus der deutschen gesetzlichen Pflegeversicherung wegen Pflegebedürftigkeit erhält, und sie dabei in eine höhere Pflegestufe eingestuft wird als nach diesen Versicherungsbedingungen (vgl. § 2 Abs. 3). Die Erhöhung berechnen wir in zwei Schritten: Zunächst berechnen wir den Unterschiedsbetrag der monatlichen Pflegerente aus dieser Versicherung und der monatlichen Pflegerente, die Sie aus dieser Versicherung erhalten würden, wenn die in der gesetzlichen Pflegeversicherung festgestellte Pflegestufe auch für die Pflegerente aus dieser Versicherung maßgeblich wäre (vgl. § 1 Abs. 2). Danach multiplizieren wir diesen Betrag mit einem Faktor, den wir jährlich neu festlegen und in unserem Geschäftsbericht veröffentlichen. Die Erhöhung kann dadurch geringer oder auch höher sein als der zunächst berechnete Unterschiedsbetrag. Sollte sich das Einstufungssystem in der gesetzlichen Pflegeversicherung (z.B. Anzahl oder Schwere der Pflegestufen) ändern, so werden wir für die beschriebene Ermittlung des Unterschiedsbetrages neue Einstufungen festlegen, die den vorherigen inhaltlich entsprechen oder möglichst nahe kommen.

Diese Leistung wird aus den jeweils vorhandenen Überschüssen erbracht. Sie ist daher nicht garantiert und kann auch sinken oder entfallen. Versicherungen im Leistungsbezug

sind von einer Änderung nach Eintritt unserer Leistungspflicht nicht betroffen.

Ob diese zusätzliche Leistung in Ihren Vertrag eingeschlossen ist, sehen Sie in Ihrem Versicherungsschein.

- (8) Endet Ihre Versicherung oder stirbt die versicherte Person, zahlen wir Ihnen ein vorhandenes Überschussguthaben aus.

Entstehung, jährliche Zuordnung und Zuteilung von Bewertungsreserven bei Vertragsbeendigung

- (9) Bewertungsreserven entstehen, wenn der tatsächliche Marktwert unserer Kapitalanlagen größer ist als der Wert, mit dem die Kapitalanlagen in unserem Jahresabschluss ausgewiesen sind. Diese Reserven verwenden wir grundsätzlich, um Wertschwankungen unserer Kapitalanlagen auszugleichen und so über größere Zeiträume hinweg möglichst gleichmäßige Überschussanteile zu erzielen. Ob und in welchem Umfang Bewertungsreserven entstehen, hängt von der Wertentwicklung der Kapitalanlagen ab und lässt sich daher nicht vorhersagen. Entstandene Bewertungsreserven können sich auch wieder auflösen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen sinkt.

Der Anteil an den Bewertungsreserven aus den Kapitalanlagen wird den einzelnen Verträgen jährlich rechnerisch zugeordnet. Die Zuordnung des Anteils orientiert sich daran, in welchem Umfang die einzelne Versicherung zur Entstehung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Dafür ist die Höhe des am jeweiligen Jahresende für Ihre Versicherung gebildeten Deckungskapitals und, soweit vorhanden, das Ansammlungsguthaben maßgeblich. Diese Werte Ihrer Versicherung werden über die Jahre seit Vertragsbeginn aufsummiert und zur Summe der entsprechenden Werte von allen anspruchsberechtigten Versicherungen ins Verhältnis gesetzt. Versicherungen im Rahmen von Konsortialverträgen und Sonderbeständen bleiben dabei unberücksichtigt. Für sie erfolgt eine gesonderte Berechnung.

Bei Vertragsbeendigung multiplizieren wir gemäß der derzeit gültigen Fassung des § 153 Abs. 3 VVG den dem Vertrag so bei Beendigung zugeordneten Anteil mit der Hälfte der dann tatsächlich vorhandenen, zur Verteilung anstehenden Bewertungsreserven. Diese maßgeblichen Bewertungsreserven unterscheiden sich von den gesamten etwa durch Herausrechnen der Anteile, die dem Eigenkapital, den Konsortialverträgen oder den Sonderbeständen zugeordnet werden. Die Terminierung zur Ermittlung dieser Bewertungsreserven ist im Geschäftsbericht festgelegt. Ihre so ermittelte Beteiligung an den Bewertungsreserven zahlen wir bei Beendigung Ihrer Versicherung aus. Auch während des Rentenbezugs werden Sie an ggf. vorhandenen Bewertungsreserven beteiligt.

Die andere Hälfte der Bewertungsreserven verwenden wir – wie erläutert – zum Ausgleich von Wertschwankungen unserer Kapitalanlagen.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Weitere Erläuterungen zur Überschussentstehung finden Sie im Anhang zu den Versicherungsbedingungen.

Nachversicherungsgarantie

§ 18 Unter welchen Voraussetzungen können Sie Ihren Versicherungsschutz ohne Gesundheitsprüfung nachträglich erhöhen?

- (1) Sie haben – sofern in Ihren Vertrag eingeschlossen – das Recht, die Beiträge und damit den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen (**Nachversicherungsgarantie**), wenn die versicherte Person
1. volljährig wird oder
 2. heiratet oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft eingehet, oder
 3. durch ein rechtskräftiges Urteil geschieden oder eine eingetragene Lebenspartnerschaft aufgehoben wird, oder
 4. ein Kind bekommt oder adoptiert oder
 5. eine selbstgenutzte Eigentumswohnung oder ein selbstgenutztes Wohnhaus erwirbt oder zu diesem Zweck einen Finanzierungsdarlehensvertrag abschließt oder
 6. eine selbständige berufliche Tätigkeit aufnimmt oder

7. eine Meisterprüfung erfolgreich ablegt oder
8. einmal innerhalb der ersten 5 Versicherungsjahre, wenn die versicherte Person in diesem Zeitraum eine Berufsausbildung oder ein Studium erfolgreich abschließt und eine Berufstätigkeit aufnimmt oder
9. eine Mitteilung über eine Gehaltssteigerung von mindestens 10% ihres letzten Jahresgehalts erhält oder
10. einen etwaigen Anspruch auf Leistungen aus der betrieblichen Altersversorgung ganz oder teilweise verliert oder
11. sich als Handwerker von der gesetzlichen Rentenversicherung befreien lässt oder
12. mit ihrem Gehalt erstmals die Beitragsbemessungsgrenze der gesetzlichen Rentenversicherung überschreitet oder
13. einen Anspruch auf Leistungen für den Fall der Berufsunfähigkeit aus einem berufständischen Versorgungswerk der freien Berufe ganz oder teilweise verliert oder
14. wenn der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner der versicherten Person stirbt, oder
15. der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner der versicherten Person pflegebedürftig (vgl. § 2) wird, oder
16. wenn ein leibliches oder adoptiertes Kind der versicherten Person stirbt, oder
17. wenn ein leibliches oder adoptiertes Kind der versicherten Person pflegebedürftig (vgl. § 2) wird.

Dies müssen Sie innerhalb von 6 Monaten nach dem Eintritt des Ereignisses in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) bei uns beantragen. Das Erhöhungsrecht besteht nicht, solange die versicherte Person pflegebedürftig (vgl. § 2) ist. Ob die Nachversicherungsgarantie in Ihren Vertrag eingeschlossen ist, sehen Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Ferner können Sie die versicherte monatliche Gesamtrente einmalig um bis zu 250 Euro erhöhen, wenn die versicherte Person erstmalig eine Altersrente aus der Gesetzlichen Rentenversicherung oder vergleichbare Altersbezüge aus einem gesetzlichen Alterssicherungssystem erhält. Für diese einmalige Erhöhung gelten die Einschränkungen der Abs. 2 und 3 nicht.

- (2) Durch die Erhöhung muss die versicherte monatliche Gesamtrente um mindestens 100 Euro steigen. Durch eine einzelne Erhöhung darf die versicherte monatliche Gesamtrente höchstens um 500 Euro steigen. Insgesamt können Sie die garantierte monatliche Rente jedoch auf höchstens 1.500 Euro erhöhen. Dieser Höchstbetrag gilt für alle bei uns versicherten Renten aufgrund von Pflegebedürftigkeit.
Ihre Beiträge erhöhen sich nicht im gleichen Verhältnis wie die versicherte Rente, sondern abhängig von
 - dem Erhöhungstermin,
 - dem Geburtsjahr der versicherten Person,
 - der restlichen Beitragszahlungs-, Versicherungs- und Leistungsdauer,
 - dem Erhöhungsbeitrag,
 - einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag.

- (3) Eine Erhöhung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist ausgeschlossen, wenn die versicherte Person das 50. Lebensjahr vollendet hat; bei den Nachversicherungsgründen in Abs. 1 Nr. 14 bis 17, wenn sie das 62. Lebensjahr vollendet hat. Solange Sie die Versicherung bei laufender Beitragszahlung beitragsfrei gestellt haben, ruht Ihr Erhöhungsrecht.

- (4) Die Erhöhung stellt einen weiteren, selbständigen Versicherungsvertrag nach den zur Zeit der Erhöhung gültigen Versicherungsbedingungen zwischen Ihnen und uns dar.
Da die Erhöhung einen weiteren, selbständigen Versicherungsvertrag darstellt, gelten die Regelungen beider Verträge, insbesondere auch die Bezugsrechtsverfügung, unabhängig voneinander.
- (5) Durch die Erhöhung Ihrer Versicherungsleistungen beginnen die Fristen nach § 6 Abs. 8 (Verletzung der Anzeigepflicht) nicht erneut. Dies gilt entsprechend, wenn Ihre Erhöhung zu einem Neuabschluss führt.
- (6) Für den Beginn des durch die Erhöhung erweiterten Versicherungsschutzes gilt § 3 entsprechend. Für den erweiterten Versicherungsschutz gelten die restliche Beitragszahlungsdauer, die restliche Versicherungsdauer und die restliche Leistungsdauer der ursprünglichen Versicherung. Dies gilt unabhängig davon, ob die Erhöhung einen neuen Vertrag darstellt oder nicht.

- (7) Wenn die Nachversicherungsgarantie (vgl. Abs. 1) in Ihren Vertrag eingeschlossen ist und wir bei einer Senkung der Überschüsse den Sofortbonus (vgl. § 17 Abs. 6) absenken, dadurch Ihre Gesamtrente sinkt und zu diesem Zeitpunkt die versicherte Person nicht pflegebedürftig ist, können Sie durch Zahlung zusätzlicher Beiträge den Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung im Umfang der Absenkung des Sofortbonus erhöhen. Dies müssen Sie innerhalb von einem Monat in Textform (z.B. Papierform, E-Mail- Fax) bei uns beantragen, nachdem wir Ihnen die Absenkung des Sofortbonus mitgeteilt haben. Wir teilen Ihnen dann ebenfalls mit, ob Sie die Erhöhung durch zusätzliche laufende Beiträge oder durch einen Einmalbeitrag bewirken können.

Weitere Regelungen

§ 19 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.
- (2) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Dies gilt nur, wenn der Versicherungsschein eine Urkunde ist. Wir können verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

§ 20 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?

- (1) Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen, müssen – soweit in diesen Bedingungen nicht anders geregelt – stets in Textform (z.B. Papierform, E-Mail, Fax) erfolgen. Für uns bestimmte Mitteilungen werden wirksam, sobald sie uns zugegangen sind. Ihre Mitteilungen richten Sie bitte an die in der Kundeninformation angegebene Adresse.

Vermittler und Versicherungsvertreter sind zur Entgegennahme von Mitteilungen und Erklärungen des Versicherungsnehmers im Rahmen der gesetzlichen Regelungen bevollmächtigt, nicht jedoch zur Abgabe von Erklärungen über den Abschluss, die Änderung, die Kündigung oder den Rücktritt von Versicherungsverträgen in unserem Namen.

- (2) Eine Änderung Ihres Namens oder der uns genannten Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir können eine an Sie zu richtende Willenserklärung per Einschreiben an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung als zugestellt. Bei Änderung Ihres Namens gilt Entsprechendes.
- (3) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sind Sie verpflichtet, eine im Inland ansässige Person zu benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter). Dies gilt nicht für diejenigen Mitgliedsstaaten des Europäischen Wirtschaftsraums, in denen wir im Rahmen des Dienstleistungsverkehrs tätig sind.

§ 21 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 22 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz liegt. Dies ist gegenwärtig München. Darüber hinaus ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz, oder in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthaltes zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig.

§ 23 Wie hoch ist der Rechnungszins?

Der **Rechnungszins** Ihrer Versicherung beträgt 0,9% p.a. Mit diesem Zinssatz wird die jeweilige Deckungsrückstellung Ihrer Versicherung während der gesamten Versicherungsdauer mindestens verzinst.

§ 24 Wann können wir den Beitrag neu festsetzen, und welche Bestimmungen können wir ändern oder ersetzen?

- (1) Unter den Voraussetzungen von § 163 VVG sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Bei einer Erhöhung der Beiträge können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieser Bedingungen auf Grund eines bestandskräftigen Verwaltungsakts oder höchstrichterlicher Rechtsprechung unwirksam sein, sind wir berechtigt, diese nach § 164 VVG zu ersetzen.
- (3) Eine Neufestsetzung des Beitrags oder Herabsetzung der Versicherungsleistung (vgl. Abs. 1) können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen des § 163 Abs. 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat.
- (4) Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats, Änderungen nach § 164 VVG werden zwei Wochen, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben, wirksam.

§ 25 Was gilt im Falle von Wirtschaftssanktionen gegen ausländische Staaten?

Es besteht – unbeschadet der übrigen Vertragsbestimmungen – Versicherungsschutz nur, soweit und solange dem keine auf die Vertragsparteien direkt anwendbaren Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos der Europäischen Union oder der Bundesrepublik Deutschland entgegenstehen.

Dies gilt auch für Wirtschafts-, Handels- oder Finanzsanktionen bzw. Embargos, die durch die Vereinigten Staaten von Amerika erlassen werden, soweit dem nicht europäische oder deutsche Rechtsvorschriften entgegenstehen.

§ 26 Welche weiteren Mitteilungspflichten haben Sie?

- (1) Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich – d.h. ohne schuldhaftes Zögern – zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.
- (2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind insbesondere alle Umstände, die für die Beurteilung
- Ihrer persönlichen Steuerpflicht,
 - der Steuerpflicht dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben und
 - der Steuerpflicht des Leistungsempfängers maßgebend sein können.

Dazu zählen derzeit unter anderem die deutsche oder ausländische Steuerpflicht, die Steueridentifikationsnummer, der Geburtsort und der Wohnsitz.

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

Allgemeine Angaben über die geltende Steuerregelung bei der Selbständigen Pflegerentenversicherung

Die folgenden Ausführungen über die geltenden Steuerregelungen sind lediglich allgemeine Angaben. Verbindliche Auskünfte über die steuerliche Behandlung von Beiträgen oder Versicherungsleistungen dürfen Ihnen außer dem zuständigen Finanzamt nur die im Steuerberatungsgesetz bezeichneten Personen (insbesondere Steuerberater) erteilen. Aufgrund der knappen Darstellung können diese Hinweise selbstverständlich nicht vollständig sein und insbesondere keine individuelle steuerliche Beratung ersetzen. Unsere Vermittler dürfen Sie aufgrund der gesetzlichen Regelungen nicht steuerlich beraten.

Für die Richtigkeit und Vollständigkeit dieser Informationen übernehmen wir keine Haftung. Dieser Haftungsausschluss gilt nicht für vorsätzlich falsche Informationen und Angaben. Künftige Änderungen des Steuerrechts werden von uns **nicht** mitgeteilt.

Im Rahmen der folgenden Erläuterungen gehen wir von einer unbeschränkten Steuerpflicht für eine natürliche Person als Versicherungsnehmer mit Wohnsitz oder gewöhnlichem Aufenthalt im Gebiet der Bundesrepublik Deutschland sowie von privat abgeschlossenen Verträgen aus.

Inhaltsverzeichnis

1. Wie wird Ihre Pflegerentenversicherung einkommensteuerlich behandelt?
2. Was gilt für die Versicherungsteuer?

1. Wie wird Ihre Pflegerentenversicherung einkommensteuerlich behandelt?

Die entrichteten Beiträge können bei der Veranlagung zur Einkommensteuer im Rahmen der Höchstbeträge als Sonderausgaben abgezogen werden. Die Abzugsfähigkeit der Beiträge ist insbesondere unter Berücksichtigung der Beiträge

- zu Versicherungen gegen Arbeitslosigkeit,
- zu Risikoversicherungen, die nur im Todesfall eine Leistung vorsehen,
- zu Kranken-, Pflege-, Unfall- und Haftpflichtversicherungen sowie
- zu vor dem 01.01.2005 abgeschlossenen Kapitallebensversicherungen bzw. Rentenversicherungen mit und ohne Kapitalwahlrecht

auf einen Höchstbetrag von 2.800 Euro begrenzt.

Dieser Höchstbetrag verringert sich auf 1.900 Euro bei Personen, für deren Krankenversicherung Leistungen nach § 3 Nr. 9, 14, 57 oder 62 EStG erbracht werden. Bei zusammenveranlagten Ehegatten bestimmt sich der gemeinsame Höchstbetrag aus der Summe der jedem Ehegatten zustehenden Höchstbeträge. Die Abzugsfähigkeit ist nach § 10 Abs. 4 Satz 4 EStG begrenzt. Bis zum Kalenderjahr 2019 ist eine „Günstiger-Prüfung“ vorgesehen. Danach ist für die Kalenderjahre 2005 bis 2019 der Abzug der Vorsorgeaufwendungen nach § 10 Abs. 1 Nr. 2a, Nr. 3 und Nr. 3a EStG in der für das Kalenderjahr 2004 geltenden Fassung des § 10 Abs. 3 EStG mit ab 2011 sinkendem Vorwegabzug unter Berücksichtigung des sog. Erhöhungsbetrags vorzunehmen, soweit sich diese für den Steuerpflichtigen günstiger darstellt. Diese mögliche Besserstellung wird vom Finanzamt bei der Veranlagung automatisch berücksichtigt.

Leistungen aus Selbständigen Pflegerentenversicherungen sind grundsätzlich gemäß § 3 Nr. 1a EStG steuerfrei.

2. Was gilt für die Versicherungsteuer?

Pflegerentenversicherungen unterliegen in der Bundesrepublik Deutschland gemäß § 4 Nr. 5 des Versicherungsteuergesetzes (VersStG) zur Zeit keiner Versicherungsteuer.

Stand dieser Allgemeinen Angaben zur Steuerregelung:
01.07.2014