

Besondere Bedingungen für die Option auf späteren Abschluss einer Selbständigen Pflegerentenversicherung ohne Gesundheitsprüfung der Tarifgruppe PFO 17

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

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

Inhaltsverzeichnis

Umfang der Option

- § 1 Welche Option haben Sie?
- § 2 Wann beginnt der künftig einschließbare Versicherungsschutz?
- § 3 Wann und wie können Sie diese Option ausüben?

Begriff der Pflegebedürftigkeit

- § 4 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor und wie wird der Pflegefall eingestuft?

Weitere Regelungen

- § 5 Wann können wir den Beitrag neu festsetzen, und welche Bestimmungen können wir ändern oder ersetzen?
- § 6 Wie hoch ist der Rechnungszins dieser Option?
- § 7 Was gilt bei Erhöhungen Ihrer Hauptversicherung aufgrund Dynamik oder Nachversicherungsgarantie?
- § 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung und wann erlischt diese Option?

Umfang der Option

§ 1 Welche Option haben Sie?

- (1) Zu dem im Versicherungsschein festgelegten Termin können Sie für die versicherte Person eine zu diesem Termin beginnende, dann von uns angebotene sofort beginnende Pflegerentenversicherung bis zur im Versicherungsschein vereinbarten Höhe abschließen. Maßgeblich ist der dann für die Pflegerenten-Option gültige Pflegerententarif. Die spätere Annahme durch uns als Versicherer erfolgt unabhängig von dem zum festgelegten Zeitpunkt bestehenden Gesundheitszustand der versicherten Person und ist insoweit garantiert.
- (2) Wenn Sie die Option ausüben, müssen Sie für den Abschluss der sofort beginnenden Pflegerentenversicherung einen Einmalbeitrag entrichten. Haben Sie die Option zu einer aufgeschobenen Rentenversicherung erworben, verwenden Sie die gesamte Kapitalzahlung im Rahmen des Kapitalwahlrechts dieser Rentenversicherung für den Einmalbeitrag und ist die versicherte Person bei Ausübung dieser Option nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, so können Sie den Versicherungsschutz zusätzlich durch laufende monatliche Zuzahlungen bis zu der im Versicherungsschein vereinbarten Höhe aufstocken, sofern Sie während der bisherigen Vertragslaufzeit aus der Hauptversicherung kein Guthaben entnommen haben.
- (3) Besteht zum Optionstermin die Pflegerentenoption seit mindestens 12 Jahren und ist die versicherte Person zu diesem Zeitpunkt noch nicht pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, so kann für die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer der Pflegerentenversicherung eine Beitragsrückgewähr eingeschlossen werden. Im Falle des Todes der versicherten Person vor Ablauf der 5 Jahre wird der Einmalbeitrag für die Pflegerentenversicherung zurückgewährt, sofern aus der Pflegerentenversicherung noch keine Leistungen erbracht wurden. Sollte zum Optionszeitpunkt diese Beitragsrückgewähr mit eingeschlossen werden, so erhöht sich der Einmalbeitrag oder es reduziert sich die Pflegerente.

- (4) Üben Sie diese Option später aus und wird die versicherte Person während der Dauer der dann abgeschlossenen Pflegerentenversicherung mindestens nach Pflegestufe I im Sinne der Vertragsbedingungen pflegebedürftig, so erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

Zahlung der vereinbarten Pflegerente

- in Höhe von 100% bei Pflegestufe III
- in Höhe von 75% bei Pflegestufe II
- in Höhe von 50% bei Pflegestufe I

Bei einem geringer als Pflegestufe I eingestuften Pflegefall besteht kein Anspruch auf Pflegerente.

- (5) Diese Option selbst bietet keinen Versicherungsschutz bei bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit.

§ 2 Wann beginnt der künftig einschließbare Versicherungsschutz?

Der aufgrund dieser Option künftig von Ihnen einschließbare Versicherungsschutz beginnt an dem im Versicherungsschein Ihrer Hauptversicherung festgelegten Termin, wenn Sie diese Option ausüben.

§ 3 Wann und wie können Sie diese Option ausüben?

Diese Option können Sie frühestens 6 Monate vor dem im Versicherungsschein angegebenen Termin und spätestens zu diesem Termin ausüben. Die Option müssen Sie durch Erklärung in Textform (z.B. Papierform, E-Mail oder Fax) ausüben. Für den Ausübungszeitpunkt ist der Zugang Ihrer Erklärung bei uns maßgeblich.

Begriff der Pflegebedürftigkeit

§ 4 Wann liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vor und wie wird der Pflegefall eingestuft?

- (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 ist jedoch eigenständig und stimmt nicht mit dem Begriff der Pflegebedürftigkeit im Sinne des Sozialrechts (z.B. § 14 Abs. 2 SGB XI) überein.

- (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
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 Bettschüssel 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 Kolostomiebeutel 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 8 liegt die Pflegestufe II vor, wenn die versicherte Person eine mittelschwere oder schwere kognitive Beeinträchtigung aufweist bzw. 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 oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen 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 tätlich oder verbal aggressiv in Verkennung 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.

Weitere Regelungen

§ 5 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 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.

§ 6 Wie hoch ist der Rechnungszins dieser Option?

Der Rechnungszins beträgt 0,9% p.a. Die Deckungsrückstellung*) Ihrer Option wird während der gesamten Vertragslaufzeit mindestens mit diesem Zinssatz verzinst.

§ 7 Was gilt bei Erhöhungen Ihrer Hauptversicherung aufgrund Dynamik oder Nachversicherungsgarantie?

- (1) Bei Erhöhungen der Leistungen aus Ihrer Hauptversicherung aufgrund einer Beitragsdynamik oder einer Nachversicherungsgarantie erhöht sich die aufgrund dieser Option einschließbare Pflegerente im selben Verhältnis wie die Leistungen aus der Hauptversicherung ohne Berücksichtigung von Erhöhungsteilen aufgrund von Sonderzahlungen. Für die Leistungen aus der Hauptversicherung ist folgende Bezugsgröße maßgebend:
- Rentenversicherungen gegen laufenden Beitrag: die Beitragssumme
 - Rentenversicherungen gegen Einmalbeitrag: der Einmalbeitrag
 - Selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung: die versicherte monatliche Berufsunfähigkeitsrente.

- (2) Die aufgrund dieser Option einschließbare monatliche Pflegerente erhöht sich jedoch nicht mehr, wenn die einschließbare monatliche Pflegerente durch die Erhöhung 2000 Euro übersteigen würde. In den letzten 12 Jahren vor dem Einschlusstermin (vgl. § 2) erhöht sich die einschließbare Pflegerente nicht mehr, auch wenn sich die Leistungen aus Ihrer Hauptversicherung erhöhen. Wenn eine Erhöhung für die Hauptversicherung entfällt, so entfällt sie auch für diese Option.
 - (3) Die aufgrund dieser Option einschließbare monatliche Pflegerente erhöht sich nicht im Rahmen einer Nachversicherungsgarantie der Hauptversicherung, die alle 5 Jahre zum Jahrestag des Versicherungsbeginns in Anspruch genommen werden kann.
- § 8 Wie ist das Verhältnis zur Hauptversicherung und wann erlischt diese Option?**
- (1) Die Option bildet mit der Versicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist (Hauptversicherung), eine Einheit und kann ohne sie nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn die Hauptversicherung endet, erlischt auch diese Option. Haben Sie diese Option zu einer aufgeschobenen Rentenversicherung abgeschlossen und machen Sie von einem dort vereinbarten Recht Gebrauch, den Rentenbeginn vorzuverlegen, so erlischt diese Option ebenfalls. Der Rückkaufswert dieser Option wird dann zur Erhöhung der Leistungen aus der Rentenversicherung verwendet.
 - (2) Haben Sie diese Option zu einer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung abgeschlossen, ist eine Kündigung nur zusammen mit der Hauptversicherung möglich. Der gemäß § 169 VVG berechnete Rückkaufswert dieser Option erhöht dann die beitragsfreie Leistung Ihrer selbständigen Berufsunfähigkeitsversicherung.

Haben Sie diese Option zu einer Rentenversicherung abgeschlossen, können Sie diese Option jederzeit unabhängig von der Hauptversicherung vollständig kündigen. Dann zahlen wir Ihnen den gemäß § 169 VVG berechneten Rückkaufswert dieser Option aus.

- (3) Bei einem Teirlückkauf oder teilweiser Beitragsfreistellung der Hauptversicherung vermindert sich die Höhe dieser Option im gleichen Verhältnis wie die Leistungen aus der Hauptversicherung. Bei vollständiger Beitragsfreistellung erlischt diese Option jedoch vollständig. Der Rückkaufswert der Option wird dann in der Hauptversicherung und den verbleibenden Zusatzversicherungen angelegt.
- (4) Diese Option erhält keine Überschussbeteiligung.
- (5) Wenn wir Ihnen die Beiträge für Ihre Hauptversicherung stunden, so stunden wir Ihnen auch die Beiträge für diese Option.
- (6) Wenn Ihre Hauptversicherung oder eine Zusatzversicherung für den Versicherungsfall eine Befreiung von der Pflicht zur Beitragszahlung vorsieht, so müssen Sie auch für diese Option keine Beiträge zahlen, solange die Beitragsbefreiung der Haupt- oder Zusatzversicherung andauert.
- (7) Soweit in diesen Bedingungen nichts anderes bestimmt ist, finden die Allgemeinen Bedingungen für Ihre Hauptversicherung sinngemäß Anwendung.

^{*)} Eine Deckungsrückstellung müssen wir für jeden Versicherungsvertrag bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Berechnung der Deckungsrückstellung unter Berücksichtigung der hierbei angesetzten Abschlusskosten erfolgt nach den Vorschriften des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) und den §§ 341 e, 341 f des Handelsgesetzbuchs (HGB) sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen.

Stand dieser Bedingungen: 01.01.2017