

Allgemeine Bedingungen

für Ihre KlinikRente.Pflegeversicherung mit aufgeschobener Schutzphase

KlinikRente.Pflege

Stand: 07.2019 (AVB_KR_APV_2019_07)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Pflegerentenversicherung entschieden haben. Diese Allgemeinen Bedingungen stellen die rechtliche Grundlage für unseren Vertrag dar.

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

Ein Beispiel: Wird die Versicherte Person pflegebedürftig, dann zahlen wir ab Pflegegrad 2 die vereinbarte Pflegerente aus. Wird der Versicherungsnehmer pflegebedürftig, wird keine Vertragsleistung fällig.

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

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

A Wie funktioniert Ihre Pflegerentenversicherung?

Sie können bei Abschluss des Vertrags die Höhe der versicherten Rente bei Pflegebedürftigkeit und die Vertragslaufzeit im Rahmen unserer geltenden Richtlinien individuell wählen. Ihre konkret getroffene Vereinbarung können Sie den vorvertraglichen Informationen sowie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

Im Falle einer Pflegebedürftigkeit sind Sie von der Pflicht der Beitragszahlung befreit und wir zahlen ab Pflegegrad 2 die vereinbarte Rente für die Dauer der Pflegebedürftigkeit, längstens bis zum Tod. Die genauen Regelungen, wann Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vorliegt, können Sie unter Kapitel E nachlesen.

Optional können Sie sich zusätzlich gegen die Risiken einer Berufsunfähigkeit absichern. Tritt Berufsunfähigkeit während der Versicherungsdauer dieser Zusatzversicherung ein, übernehmen wir die Zahlung der Beiträge für Sie. Nähere Informationen dazu können Sie den Versicherungsbedingungen der Zusatzversicherung entnehmen.

Ein weiterer Vorteil: Bis zum Vertragsablauf ist Ihre Pflegerentenversicherung flexibel und Sie können auf die unterschiedlichsten Lebenssituationen reagieren:

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

Die Pflegerentenversicherung kann von privaten Personen als Privatvertrag abgeschlossen werden.

Inhalt

für Ihre KlinikRente.Pflegeversicherung mit aufgeschobener Schutzphase . 1

A	Wie funktioniert Ihre Pflegerentenversicherung?	2
B	Unser Vertragsschluss	5
1	Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?.....	5
2	Welche Personen können versichert werden?.....	5
3	Wann beginnt der Versicherungsschutz?.....	5
4	Wann endet der Versicherungsschutz?.....	5
C	Beiträge und Kosten	6
5	Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?	6
5.1	Zahlungsweise	6
5.2	Erstbeitrag	6
5.3	Folgebeiträge	6
6	Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?	7
6.1	Erstbeitrag	7
6.2	Folgebeitrag	7
7	Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?	7
7.1	Durchführung der Dynamik	7
7.2	Ende bzw. Aussetzen der Dynamik	8
7.3	Weitere Dynamikbestimmungen	8
8	Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?.....	8
8.1	Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart	8
8.2	Höhe der anfallenden Kosten.....	9
8.3	Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung	9
8.4	Welchen Hintergrund hat der Abzug?	9
8.5	Angemessenheit des Abzugs.....	9
8.6	Sonstige Kosten	10
D	Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten	10
9	Wie können Sie Ihre Beiträge senken oder die Beitragszahlung einstellen?.....	10

9.1	Wie beantragen Sie eine Beitragsenkung oder Beitragsfreistellung?	10
9.2	Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?	10
9.3	Wie können Sie den bisherigen Beitrag oder die bisherige garantierte Leistung wiederherstellen?	11
9.4	Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten	11
E	Unsere Leistungen und Einschränkungen.....	11
10	Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor? .	11
10.1	Pflegebedürftigkeit.....	11
10.2	Kriterien der Pflegebedürftigkeit und Bestimmung des Pflegegrades	12
11	Welche Leistungen erbringen wir? ...	14
11.1	Befreiung von der Beitragszahlungspflicht.....	15
11.2	Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht	15
11.3	Einmalleistung bei Pflegebedürftigkeit .	15
11.4	Leistungen im Todesfall.....	15
12	Welche Leistungsformen können Sie vereinbaren?	16
12.1	Premium-Schutz	16
12.2	Individual-Schutz	16
13	Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?	17
13.1	Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung in der Schutzphase ..	17
13.2	Assistance-Leistungen	17
13.3	Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase	18
13.4	Rechnungsgrundlagen	19
13.5	Sonstige Regelungen	19
14	Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?	19
15	Was gilt für Sie und uns bei der Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?	19
16	Einschränkungen und Ausschlüsse	20
16.1	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt?...	20

16.2	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	20	24	Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?	31
17	Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	21	G	Auszahlung von Leistungen	31
17.1	Welche Mitwirkungspflichten müssen Sie beachten, wenn Sie Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangen?	21	25	Ab wann zahlen wir Leistungen aus?	31
17.2	Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	23	26	An wen zahlen wir Leistungen aus?	31
17.3	Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?	25	H	Unser Vertragsverhältnis	32
17.4	Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Vertragsverhältnis beziehen?	25	27	Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?	32
17.5	Was gilt bei Tod der Versicherten Person?	25	28	Welches Recht gilt für Ihren Vertrag, welche Sprache verwenden wir und wie müssen Mitteilungen erfolgen?	32
F	Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven	25	28.1	Recht und Vertragssprache	32
18	Was ist eine Überschussbeteiligung?	25	28.2	Was müssen Sie beachten, wenn sich Ihre Anschrift oder Ihr Name ändert? ...	32
18.1	Beteiligung an dem Überschuss	26	28.3	Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?	32
18.2	Beteiligung an den Bewertungsreserven	27	29	Wo können Sie sich beschweren? ...	33
19	Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit zu?	27	29.1	Schlichtungsstelle	33
20	Wie verwenden wir die Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit?	28	29.2	Aufsichtsbehörden	33
20.1	Natürlicher Bonus	28	29.3	Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?	33
20.2	Mechanischer Bonus	28	30	Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?	34
20.3	Schlussüberschussanteile	28	30.1	Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?	34
21	Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit zu und wie verwenden wir die Überschussanteile?	29	I	Nachversicherungsgarantien und Anpassungsoptionen	34
22	Wie beteiligen wir Sie vor Eintritt eines Leistungsfalls an den Bewertungsreserven?	29	31	Welche Nachversicherungsgarantie haben Sie?	34
23	Wie beteiligen wir Sie nach Beginn der Pflegerentenzahlung an den Bewertungsreserven?	30	32	Welche Anpassungsoptionen gibt es?	35
			32.1	Auffüllgarantie bei Absinken der Rente aus der Überschussbeteiligung	35
			32.2	Änderung der Pflegegrade nach dem SGB XI – Umstellungsoption	36
			J	Kündigung des Vertrags	36
			33	Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?	36
			34	Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?	37
			K	Erläuterung wichtiger Begriffe	38
			L	Auszug aus dem Sozialgesetzbuch	40

B Unser Vertragsschluss

1 Wie kommt der Vertrag zwischen uns zustande?

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

2 Welche Personen können versichert werden?

Versicherbar sind folgende Personen:

- Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das einer der Branchen des Versorgungswerks KlinikRente angehört (zurzeit Gesundheitswesen), unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht,
- Arbeitnehmer, die in einem Unternehmen beschäftigt sind, das die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisiert,
- Selbstständige, deren Unternehmen einer der Branchen des Versorgungswerks KlinikRente angehört (zurzeit Gesundheitswesen); unabhängig davon, ob diese tarifvertragsgebunden sind oder nicht,
- Selbstständige, die für ihr Unternehmen die betriebliche Altersversorgung im Rahmen eines Durchführungsvertrags der betrieblichen Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisieren.
- Schüler mit einem gültigen Ausbildungsvertrag bei einem Unternehmen, das dem Gesundheitswesen angehört oder das die betriebliche Altersversorgung über das Versorgungswerk KlinikRente organisiert,

- Studenten, die in einem Studiengang eingeschrieben sind, dessen Zielberufe überwiegend dem Gesundheitswesen zuzuordnen sind.

Darüber hinaus können auch der Ehepartner bzw. Lebenspartner im Sinne des LPartG sowie Lebensgefährten und die Kinder von Arbeitnehmern und Selbstständigen, für die über die KlinikRente eine Versorgung zur Arbeitskraftabsicherung oder Altersvorsorge besteht, versichert werden. Voraussetzungen für Lebensgefährten sind, dass er nicht verheiratet ist und ein gemeinsamer Haushalt innerhalb der gleichen Wohnung nachweislich mindestens zwei Jahre besteht. Zum Nachweis ist eine entsprechende Bestätigung im Antrag erforderlich. Wir sind berechtigt, von Ihnen Nachweise zu fordern.

3 Wann beginnt der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz besteht frühestens, wenn Sie den Versicherungsschein erhalten. Wenn im Versicherungsschein ein späterer Zeitpunkt als Versicherungsbeginn genannt ist, beginnt Ihr Versicherungsschutz zu diesem späteren Zeitpunkt. Die Versicherung beginnt immer um 00.00 Uhr des Tages. Hinweis: Unsere Leistungspflicht entfällt, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig zahlen. Lesen Sie dazu 6.1 und 6.2.

Die Leistungspflicht beginnt mit dem Beginn der Schutzphase (siehe Abschnitt 11).

4 Wann endet der Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz endet

- mit dem Tod der Versicherten Person,
- mit Kündigung des Vertrags,
- bei Beitragsfreistellung, wenn die beitragsfreie Mindestrente nicht erreicht wird.

Der Anspruch auf Pflegerentenleistungen endet, wenn

- Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt oder
- die Versicherte Person stirbt.

C Beiträge und Kosten

5 Was müssen Sie beachten, wenn Sie Beiträge bezahlen?

5.1 Zahlungsweise

Laufende Beiträge können Sie in folgenden Zahlungsabschnitten zahlen:

- monatlich
- vierteljährlich
- halbjährlich
- jährlich.

Sie können auch einen einmaligen Beitrag zahlen. Außerdem können Sie Ihre laufende Beitragszahlung um eine zusätzliche Einmalzahlung bei Versicherungsbeginn ergänzen.

Der Zahlungsabschnitt entspricht der Versicherungsperiode (wie im Versicherungsvertragsgesetz – VVG).

5.2 Erstbeitrag

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

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

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

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

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

Ist eine zusätzliche Einmalzahlung bei Versicherungsbeginn vereinbart, ist diese Bestandteil des Einlösungsbeitrags. Der erste laufende Beitrag und die zusätzliche Einmalzahlung bilden eine Einheit.

5.3 Folgebeiträge

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

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

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

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

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

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

Alternativ können Sie Ihre Beiträge auch überweisen.

6 Was geschieht, wenn Sie Ihren Beitrag nicht rechtzeitig bezahlen?

6.1 Erstbeitrag

Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das gilt nicht, wenn Sie die verspätete Zahlung nicht zu vertreten haben. Dies müssen Sie uns nachweisen.

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

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

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

6.2 Folgebeitrag

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

- Wir kündigen den Vertrag.
- Dadurch vermindert sich der Versicherungsschutz wie nach einer Beitragsfreistellung (siehe Abschnitt 9) oder er entfällt (siehe Abschnitt 34), sofern nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch Zahlungsverzug besteht. Für die Beitragsfreistellung und die Kündigung gelten die Regelungen zur Beitragsfreistellung bzw. Kündigung.

Auf die hier genannten Folgen und weitere Details weisen wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hin.

Die Kündigung kann bereits mit der Mahnung verbunden werden.

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

7 Wie können Sie Ihre Beiträge und Leistungen automatisch erhöhen lassen?

Sie können mit uns bei Vertragsabschluss vereinbaren, dass sich Ihre Beiträge jedes Jahr automatisch erhöhen. Dies nennen wir dynamische Erhöhung oder Dynamik.

Sie können einen festen Prozentsatz zwischen zwei und fünf Prozent wählen. Der Prozentsatz der Beitragsdynamik (Form B) ist im Versicherungsschein dokumentiert. Die Erhöhung der Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung errechnet sich aus der Beitragserhöhung.

7.1 Durchführung der Dynamik

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

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

Die Erhöhung der Versicherungsleistungen errechnet sich nach dem am Erhöhungstermin erreichten Alter der Versicherten Person, der restlichen Beitragszahlungsdauer, den ursprünglichen Annahmebedingungen und den bei Abschluss des Vertrags geltenden Rechnungsgrundlagen, soweit gesetzliche oder aufsichtsbehördliche Bestimmungen nichts anderes festlegen oder empfehlen.

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

7.2 Ende bzw. Aussetzen der Dynamik

Die Erhöhungen erfolgen bis zum planmäßigen Ablauf der Beitragszahlungsdauer, höchstens jedoch bis die Versicherte Person das Alter von 75 Jahren erreicht hat. Sie enden vorzeitig in dem Jahr, in dem die Höhe von monatlich 3.500 Euro aller beim Konsortium KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung versicherten Pflegerenten für den Pflegegrad 5 für die Versicherte Person erreicht wurde.

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

Unterbliebene Erhöhungen können Sie mit unserer Zustimmung nachholen.

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

Besteht ein Leistungsanspruch, so entfällt während der Dauer des Versicherungsfalls die weitere Erhöhung der Beiträge und Leistungen.

7.3 Weitere Dynamikbestimmungen

Alle im Rahmen des Versicherungsvertrags getroffenen Vereinbarungen, insbesondere die Allgemeinen Bedingungen sowie die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich auch auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen. Entsprechende Anwendung findet auch der Abschnitt 8.

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

8 Welche Kosten erheben wir für Ihren Vertrag?

Vereinbarung zur Verrechnung der Kosten

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

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

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

Die nachfolgend beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass insbesondere in der Anfangszeit Ihrer Versicherung keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Pflegerente oder für den Rückkaufwert verwendet werden können.

8.1 Für Ihren Vertrag wird hiermit Folgendes zur Zillmerung vereinbart

Maßgebend ist das Verrechnungsverfahren gemäß § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerung). Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind.

Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist gemäß Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 Prozent der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt. Auch bei

späteren Erhöhungen gehen wir nach dem dargestellten Verfahren vor. Diese Regelung gilt nicht für Einmalzahlungen und Zuzahlungen.

8.2 Höhe der anfallenden Kosten

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

8.3 Vereinbarung eines Abzugs bei Beitragsfreistellung oder Kündigung

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

Die Höhe des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung erhalten haben. Auch im Versicherungsschein haben wir den Abzug in Euro und Cent für Sie beziffert. Sie finden die Werte jeweils in den Übersichten der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung.

8.4 Welchen Hintergrund hat der Abzug?

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

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird.

Bei Neuabschluss eines Vertrags partizipiert dieser neue Vertrag an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher solche Mittel zur Verfügung stellen. Bei einer Beitragsfreistellung gehen diese zukünftig eingeplanten Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren. Deshalb müssen diese Mittel im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Ausgleich für verminderte Kapitalerträge

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

Veränderungen der Risikolage

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

8.5 Angemessenheit des Abzugs

Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm

die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital und ein Ausgleich für verminderte Kapitalerträge vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihrer Kündigung oder Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.

8.6 Sonstige Kosten

Für bestimmte Geschäftsvorfälle erheben wir zusätzliche Kosten.

Diese Kosten betragen bei

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

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

Kosten, die wir für ärztliche Untersuchungen im Rahmen der Gesundheitsprüfung übernommen haben, können wir von Ihnen verlangen, wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen und wir deshalb vom Vertrag zurücktreten.

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

D Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten

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

- Beiträge senken (Beitragssenkung, siehe 9.1)
- Keine Beiträge mehr bezahlen (Beitragsfreistellung, siehe 9.1)
- Beitragszahlung wieder aufnehmen (Wiederinkraftsetzung, siehe 9.3)
- Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten (siehe 9.4).

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

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

9.1 Wie beantragen Sie eine Beitragssenkung oder Beitragsfreistellung?

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

Wenn Sie den Beitrag senken oder die Beitragszahlung einstellen möchten, muss die reduzierte bzw. beitragsfreie Pflegerente im Pflegegrad 5 mindestens 250 Euro pro Monat betragen. Liegt die beitragsfreie Pflegerente unter der genannten Grenze, endet der Vertrag und Sie erhalten stattdessen den Leistungsbetrag gemäß Abschnitt 33.

9.2 Welche Auswirkungen auf die garantierten Leistungen gibt es?

Wenn Sie die Beitragszahlung einstellen, verringert sich Ihre vereinbarte Pflegerente. Die garan-

tierten beitragsfreien Werte finden Sie im Versicherungsschein. Dabei wenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie vor der Beitragsfreistellung an und verlangen den in 8.3 beschriebenen Abzug.

Bei einer Beitragssenkung verringern sich die vereinbarten garantierten Werte grundsätzlich weniger stark als bei einer Beitragsfreistellung. Wie hoch die gesenkte garantierte Pflegerente sein wird, können Sie dem Änderungsvorschlag entnehmen.

Die Beitragsfreistellung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe Abschnitt 8) nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Pflegerente vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen nicht unbedingt Mittel in Höhe der eingezahlten Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung.

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

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

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

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

9.4 Besonderheiten bei vorübergehenden Zahlungsschwierigkeiten

Stundung der Beiträge

Sie können für einen Zeitraum von bis zu zwölf Monaten eine Stundung der fälligen Beiträge unter Beibehaltung des vereinbarten Versicherungsschutzes in Textform verlangen, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

- der Vertrag weist einen Rückkaufswert auf, der mindestens so hoch ist wie die zu stundenden Beiträge.

Hierfür erheben wir Stundungszinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen. Die gestundeten Beiträge einschließlich der darauf entfallenden Stundungszinsen können Sie nach Ablauf des Stundungszeitraums

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

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

E Unsere Leistungen und Einschränkungen

10 Wann liegt Pflegebedürftigkeit vor?

10.1 Pflegebedürftigkeit

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

- Pflegebedürftigkeit nach den Definitionen der §§ 14 und 15 des SGB XI mit Stand vom 01.01.2017 (siehe 10.2.1) oder
- Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens (siehe 10.2.2) oder

- Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz (siehe 10.2.3).

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

10.2 Kriterien der Pflegebedürftigkeit und Bestimmung des Pflegegrades

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

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

Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die Versicherte Person gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Die Versicherte Person kann die körperlichen, kognitiven oder psychischen Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingten Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen.

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

1. Mobilität
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

4. Selbstversorgung
5. Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte.

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

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

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

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 (geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 12,5 bis unter 27 Punkten ermittelt wurde.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 (erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 27 bis unter 47,5 Punkten ermittelt wurde.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3 (schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 47,5 bis unter 70 Punkten ermittelt wurde.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 4 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 70 bis unter 90 Punkten ermittelt wurde.

Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 (schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung) liegt vor, wenn bei der Ermittlung des Pflegegrades im Rahmen des Begutachtungsverfahrens gemäß § 15 SGB XI eine Gesamtpunktzahl von 90 bis 100 Punkten ermittelt wurde.

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

10.2.2 Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

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

Für jede der folgenden Aktivitäten des täglichen Lebens, bei denen die Versicherte Person auf

Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, täglich die beschriebene Hilfe einer anderen Person benötigt, erhält sie einen Pflegepunkt. Dies ist ärztlich festzustellen. Die Feststellung muss nach objektiven medizinischen bzw. pflegefachlich fundierten Maßstäben erfolgen.

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

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

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

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

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

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

- sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil

- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden können.

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

Wenn die Versicherte Person mindestens bei fünf Aktivitäten des täglichen Lebens (5 Pflegepunkte) der Hilfe in dem dort beschriebenen Umfang bedarf, liegt Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 5 vor.

Wenn die Versicherte Person bei vier Aktivitäten des täglichen Lebens (4 Pflegepunkte) der Hilfe in dem dort beschriebenen Umfang bedarf, liegt Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 4 vor.

Wenn die Versicherte Person bei drei Aktivitäten des täglichen Lebens (3 Pflegepunkte) der Hilfe in dem dort beschriebenen Umfang bedarf, liegt Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 3 vor.

Bei einem Hilfebedarf bei weniger als drei Aktivitäten des täglichen Lebens besteht kein Leistungsanspruch.

10.2.3 Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Demenz im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die Versicherte Person in Folge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung in erheblichem Maße einen Verlust der Alltagskompetenz erleidet. Hirnleistungsstörungen und Verlust der Alltagskompetenz liegen vor, wenn ein Facharzt der Neurologie oder Psychiatrie die Diagnose Demenz nach den Kriterien der Global Deterioration Scale nach Reisberg (siehe nachfolgenden Punkt 1) oder durch medizinische Untersuchungen inklusive Hirnleistungstest (siehe nachfolgenden Punkt 2) stellt:

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

- „Sehr schwere kognitive Leistungseinbußen“ des Schweregrads 7 für die Einstufung in Pflegegrad 4,
- „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5 für die Einstufung in Pflegegrad 2.

Bis zu einem Schweregrad 4 besteht kein Leistungsanspruch.

2. Ermittlung der Schwere der Demenz durch eine körperliche und psychopathologische Untersuchung inklusive Hirnleistungstest (Minimal-Mental-Status-Test):

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

Sind alle sechs Demenzkriterien erfüllt, erfolgt die Einstufung in Pflegegrad 4. Sind vier oder fünf der sechs Demenzkriterien erfüllt, erfolgt die Einstufung in Pflegegrad 2. Sind weniger als vier der aufgeführten Demenzkriterien erfüllt, besteht kein Leistungsanspruch.

11 Welche Leistungen erbringen wir?

Ein Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person entsteht mit Beginn der Schutzphase. Der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und Beginn der Schutzphase stellt eine leistungsfreie Zeit dar, während dieser keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit bestehen. Den Beginn der

Schutzphase finden Sie im Versicherungsschein. Wird die Versicherte Person während der Versicherungsdauer pflegebedürftig im Sinne dieser Bedingungen, erbringen wir in Abhängigkeit vom versicherten Leistungsumfang frühestens ab Beginn der Schutzphase nachstehende Leistungen.

11.1 Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 1 oder höher, aber frühestens ab Beginn der Schutzphase, sind Sie von der Zahlung der Beiträge befreit, die zum Zeitpunkt des Eintritts der Leistungspflicht vereinbart sind, Sie sind auch befreit, wenn Pflegebedürftigkeit während der Schutzphase vorliegt, aber aufgrund der vereinbarten Leistungshöhe von null Prozent keine Pflegerente gezahlt wird (fiktiver Rentenbeginn).

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung erlischt, wenn die Versicherte Person stirbt oder die Beitragszahlungsdauer abläuft.

Liegt keine Pflegebedürftigkeit mehr vor, lebt die Pflicht zur Beitragszahlung mit Ablauf des Monats wieder auf, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

11.2 Zahlung einer Rente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht

Bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher, aber frühestens ab Beginn der Schutzphase, zahlen wir die zu diesem Zeitpunkt vereinbarte Pflegerente monatlich im Voraus.

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

Wenn sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit mindert, so dass die in Abschnitt 12 genannten Voraussetzungen nicht mehr erfüllt sind, dann

mindert sich gemäß der vereinbarten Leistungsform der Rentenanspruch (Übergang in einen niedrigeren Pflegegrad) bzw. er erlischt (ausgenommen nach 18 Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung in Pflegegrad 5 – siehe 13.5). Verminderung und Erlöschen der Leistung erfolgen mit Ablauf des Monats, in dem sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit reduziert hat.

Vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen führen zu keiner Änderung der Rentenleistung. Eine Erkrankung oder Besserung gilt als vorübergehend, wenn sie keine sechs Monate anhält.

11.3 Einmalleistung bei Pflegebedürftigkeit

Zusätzlich zur Beitragsbefreiung und Rente (siehe 11.1 und 11.2) können Sie gegen Mehrbeitrag eine Einmalleistung vereinbaren. Dann zahlen wir bei Eintritt von Pflegebedürftigkeit des Pflegegrades 2 oder höher eine Einmalleistung in Höhe von sechs der zu Vertragsbeginn vereinbarten garantierten monatlichen Pflegerenten des Pflegegrades 5, frühestens zu Beginn der Schutzphase.

Die Einmalleistung wird auch dann in voller Höhe gewährt, wenn wegen der jeweiligen Leistungsform (siehe Abschnitt 12) die Pflegerente nur anteilig oder wegen der vereinbarten Leistungshöhe von null Prozent keine Pflegerente gezahlt wird.

Der Anspruch auf Einmalleistung besteht während der Versicherungsdauer einmalig.

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

11.4 Leistungen im Todesfall

Wir zahlen, sofern vereinbart, eine garantierte Todesfallleistung bei Tod der Versicherten Person.

- vor Beginn der Schutzphase unabhängig vom Eintritt der Pflegebedürftigkeit,
- während der Schutzphase, sofern keine Pflegebedürftigkeit vorliegt,
- nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit während der Schutzphase.

Die Höhe dieser Todesfalleistung berechnet sich aus dem mit Ihnen vereinbarten Mindest-Prozentsatz und der Summe der bis zum Todesfallzeitpunkt gezahlten (Einmal-)Beiträge. Sie können für die Todesfalleistung vor Eintritt von Pflegebedürftigkeit bei Vertragsabschluss einen Prozentsatz von 65 Prozent festlegen.

Bei beitragsfrei gestellten Versicherungen tritt der garantierte Rückkaufswert zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung an die Stelle der Summe der gezahlten Beiträge.

Bereits gezahlte tarifliche Pflegerenten sowie die gegebenenfalls mitversicherte Einmalleistung (siehe 11.3) ziehen wir von der Todesfalleistung nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit ab.

12 Welche Leistungsformen können Sie vereinbaren?

Für die Rentenleistung gemäß 11.2 können Sie im Versicherungsantrag zwischen zwei Leistungsformen wählen. Die für Ihren Vertrag vereinbarte Leistungsform und Leistungshöhen sind im Versicherungsschein dokumentiert.

12.1 Premium-Schutz

- Volle Rentenhöhe (100 Prozent der vereinbarten Rente) bei Vorliegen des Pflegegrades 5 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) bzw. bei mindestens 5 Pflegepunkten (siehe 10.2.2),
- 75 Prozent der vereinbarten Rente bei Vorliegen des Pflegegrades 4 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) bzw. bei vier Pflegepunkten (siehe 10.2.2) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 7 (siehe 10.2.3)

bzw. Vorliegen von sechs Demenzkriterien (siehe 10.2.3),

- 50 Prozent der vereinbarten Rente bei Vorliegen des Pflegegrades 3 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) bzw. bei drei Pflegepunkten (siehe 10.2.2),
- 25 Prozent der vereinbarten Rente bei Vorliegen des Pflegegrades 2 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 5 (siehe 10.2.3) bzw. Vorliegen von vier Demenzkriterien (siehe 10.2.3).

12.2 Individual-Schutz

- Volle Rentenhöhe (100 Prozent der vereinbarten Rente) bei Vorliegen des Pflegegrades 5 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) bzw. bei mindestens 5 Pflegepunkten (siehe 10.2.2),
- Individuell vereinbarter Prozentsatz der vereinbarten Rente bei Vorliegen des Pflegegrades 4 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) bzw. bei vier Pflegepunkten (siehe 10.2.2) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 7 (siehe 10.2.3) bzw. Vorliegen von sechs Demenzkriterien (siehe 10.2.3),
- Individuell vereinbarter Prozentsatz der vereinbarten Rente bei Vorliegen des Pflegegrades 3 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) bzw. bei drei Pflegepunkten (siehe 10.2.2),
- Individuell vereinbarter Prozentsatz der vereinbarten Rente bei Vorliegen des Pflegegrades 2 nach SGB XI mit Stand 01.01.2017 (siehe 10.2.1) oder bei einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge von Demenz mit mindestens Schweregrad 5 (siehe 10.2.3) bzw. Vorliegen von vier Demenzkriterien (siehe 10.2.3).

Als individuell vereinbarten Prozentsatz können Sie null oder ein ganzzahliges Vielfaches von Fünf, höchstens 100 wählen. Der für den Pflegegrad 2 vereinbarte Prozentsatz darf nicht höher als der für den Pflegegrad 3 und dieser wiederum nicht höher als der für den Pflegegrad 4 sein.

Eine versicherte Pflegerente in Pflegegrad 2 muss mindestens 50 Euro im Monat betragen.

13 Welche Leistungen können Sie zusätzlich in Anspruch nehmen?

13.1 Stundung der Beiträge während der Leistungsprüfung in der Schutzphase

Nach Anmeldung von Pflegebedürftigkeit während der Schutzphase sind die Beiträge weiter zu zahlen. Auf Ihr Verlangen stunden wir die Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht und darüber hinaus, sollte es zu einem gerichtlichen Verfahren kommen, bis zu dessen Abschluss.

Eine Stundung erfolgt längstens jedoch für fünf Jahre. Stundungszinsen berechnen wir dabei nicht.

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

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

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

Lassen Sie sich die Beiträge nicht stunden und erkennen wir Leistungen aus dieser Versicherung

an, zahlen wir Ihnen die befreiten Beiträge rückwirkend ab Beginn der Leistungspflicht unverzinst zurück.

13.2 Assistance-Leistungen

Aus Ihrem Versicherungsvertrag haben die Versicherte Person und deren Angehörigen die Möglichkeit Assistance-Leistungen in Anspruch zu nehmen. Diese Leistungen erbringen wir freiwillig über einen externen Dienstleister, solange eine Kooperation besteht. Sollte sich während der Laufzeit Ihres Vertrages das Leistungsangebot des externen Dienstleisters ändern, kann es zu Abweichungen bei den Leistungsinhalten bis hin zum Entfallen dieser Leistungen kommen. Einen aktuellen Leistungskatalog sowie die notwendigen Kontaktinformationen finden Sie auf unserer Website www.swisslife.de.

13.2.1 Leistungskatalog

Pflege-Hotline:

Über die Pflege-Hotline können sich die Versicherte Person oder ihre Angehörigen über den aktuellen Leistungskatalog des externen Dienstleisters informieren.

Allgemeine telefonische Pflegeberatung:

Die Versicherte Person und ihre Angehörigen können sich allgemein zu Fragestellungen rund um das Thema Pflegefallabsicherung telefonisch beraten lassen. Insbesondere über die Leistungen der gesetzlichen Kranken- und Pflegepflichtversicherung, weitere sozialrechtliche Ansprüche und deren Beantragung, Einstufung in Pflegegrade inklusive Widerspruchsverfahren, Anerkennung einer Schwerbehinderung inklusive Ausweisbeantragung, Verfahren bei MDK-Begutachtung wegen Antrag auf Pflegebedürftigkeit sowie die Pflegesituation nach Krankenhausentlassung oder Reha-Maßnahme und die nachfolgende ambulante oder (teil-)stationäre Versorgung.

Spezielle Demenz-Beratung (telefonisch):

Die Versicherte Person und ihre Angehörigen können sich telefonisch über die spezielle Situa-

tion von Pflegebedürftigen mit demenzieller Erkrankung informieren und beraten lassen. Pflegenden Familienangehörige können sich über mögliche Hilfsangebote, wie z. B. über spezielle Entlastungsangebote am Wohnort informieren oder beraten lassen.

Bei Bedarf werden spezialisierte Fachärzte für weitergehende telefonische Beratung vermittelt.

Vermittlung einer Pflegeberatung vor Ort:

Bei Bedarf wird für die Versicherte Person oder ihren Angehörigen ein Pflegedienst für eine persönliche Pflegeberatung vor Ort vermittelt. Hierbei wird ein Pflegedienst die Pflegesituation bzw. mögliche Pflegeprobleme vor Ort feststellen und ggf. notwendige ambulante Pflegeeinsätze unter Berücksichtigung vorhandener Ressourcen des Pflegebedürftigen sowie erforderliche Hilfsmittel vorplanen.

Vermittlung von Pflegeschulungen für Angehörige:

Wird die Versicherte Person aufgrund Pflegebedürftigkeit Familienangehörigen gepflegt, werden spezielle Pflegeschulungen vermittelt.

Vermittlung von Pflege- und Hilfsmitteln:

Es werden für die Versicherte Person benötigte Pflege- und Hilfsmittel vermittelt. Diese Organisationsleistung umfasst die Vermittlung von Pflegehilfsmitteln, wie z. B. Gehhilfen, und die Recherche und Vermittlung von präventiven Leistungserbringern, wie z. B. Ergotherapeuten oder Physiotherapeuten für die Versicherte Person.

Vermittlung von juristischer Beratung/Pflegevorsorge:

Die Versicherte Person und ihre Angehörigen können sich über die Themen Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht praxisorientiert und wertneutral beraten lassen. Auf Wunsch wird eine telefonische (Erst-)Beratung durch einen Rechtsanwalt zu den Rechtsgebieten Patienteninformationsrecht sowie Arzthaftungs- und Medizinrecht vermittelt.

Vermittlung von Wohnraumberatung vor Ort:

Ist die Versicherte Person pflegebedürftig und sind Anpassungen der Wohnsituation notwendig,

wird auf Wunsch spezielle Wohnraumberatung bzw. Wohnraumbegehung vermittelt. Diese geben Handlungsempfehlungen zum „barrierefreien Wohnen“.

Vermittlung hauswirtschaftlicher Leistungen:

Bei Bedarf werden haushaltsnahe Dienstleistungen vermittelt, mit welchen der Haushalt der Versicherten Person versorgt werden kann, wie z. B. Einkaufen, Wohnungsreinigung.

Pflegeplatzgarantie inklusive Transport (Vermittlung):

Für die Versicherte Person wird in ganz Deutschland ein Pflegeheimplatz mit 48-Stunden-Garantie vermittelt. Zusätzlich kann auf Wunsch auch die Transportorganisation vermittelt werden. Die 48-Stunden-Frist beginnt ab Eingang der Pflegeplatzanfrage beim Pflegeheimbetreiber innerhalb der üblichen Arbeitszeiten (Montag bis Freitag von 8 bis 18 Uhr ohne Wochenende/Feiertage).

Gegebenenfalls erhobene Entgelte oder Sachkosten der vermittelten bzw. organisierten Dienste sind von Ihnen zu tragen. Ein Anspruch auf Kostenübernahme gegen uns besteht nicht. Ebenfalls besteht kein Anspruch auf Haftung für etwaige durch den vermittelten bzw. organisierten Dienstleister verursachte Schäden.

13.3 Unterstützung während der Anwartschafts- und Leistungsphase

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

13.4 Rechnungsgrundlagen

Die geschlechtsunabhängige Beitragskalkulation basiert auf unternehmenseigenen Pflegeversicherungstafeln SL 2017 P und einem Rechnungszins in Höhe von 0,9 Prozent.

13.5 Sonstige Regelungen

Nach 18 Monaten ununterbrochener Pflegerentenzahlung in Pflegegrad 5 aus diesem Vertrag erfolgt keine Herabsetzung der Pflegerente wegen eines geringeren Pflegegrades oder bei Wegfall der Pflegebedürftigkeit. Die Versicherte Person gilt in diesem Fall als weiterhin pflegebedürftig in Pflegegrad 5 im Sinne dieser Bedingungen.

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

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

14 Wann geben wir eine Erklärung zu unserer Leistungspflicht ab?

Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Pflegerentenversicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von einer Woche nach Eingang von Unterlagen gemäß 17.1.1 über erforderliche weitere Prüfungsschritte informieren oder Ihnen regelmäßig eine Zwischeninformation zukommen lassen. Zusätzlich erinnern wir in regelmäßigen Abständen – spätestens alle sechs Wochen – an fehlende Unterlagen bzw. Informationen und setzen Sie darüber in Kenntnis.

Liegen uns alle Unterlagen und die von uns eingeholten Informationen (siehe 17.1.1) vor, erklären wir innerhalb von einer Woche, ob und ab wann wir Leistungen aus der Pflegerentenversicherung anerkennen.

Befristetes Anerkenntnis

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

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

Die Prüfung der Fortdauer der Pflegebedürftigkeit bei befristetem Anerkenntnis erfolgt nach Ablauf der Frist nach den Grundsätzen der Erstprüfung gemäß Abschnitt 14 dieser Bedingungen, die Regelungen für das Nachprüfungsverfahren gemäß Abschnitt 15 gelten insoweit nicht. Die hierfür erforderlichen Kosten werden von uns getragen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend. Auf eine Beendigung der Leistung infolge Nachprüfung innerhalb des befristeten Leistungszeitraums verzichten wir.

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

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

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

Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der Versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte

verlangen. Die Bestimmungen von 17.1.1 gelten entsprechend.

Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich mitzuteilen:

- eine Änderung der Art und des Umfangs der Pflegebedürftigkeit,
- einen Auslandsaufenthalt von mehr als drei vollen Kalendermonaten (siehe 16.1).

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

Hat sich die Art der Pflegebedürftigkeit geändert bzw. ihr Umfang vermindert, setzen wir gemäß 17.1.1 gegebenenfalls unsere Leistungen herab oder stellen sie ein. Darüber informieren wir den Anspruchsberechtigten schriftlich über die Veränderung und Einstellung der Leistungen. Diese Information können wir auch in Textform übermitteln.

Die Änderung oder Einstellung unserer Leistungen erfolgt zum Ende des Monats, in dem sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit geändert hat bzw. die Pflegebedürftigkeit geendet hat. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie die Beitragszahlung wieder aufnehmen, sofern die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

16 Einschränkungen und Ausschlüsse

16.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz eingeschränkt?

Der Versicherungsschutz besteht grundsätzlich weltweit.

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

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

Die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bleibt hiervon unberührt.

16.2 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

- unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsergebnisse oder innere Unruhen, sofern die Versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat. Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die Versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig wird oder stirbt, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die Versicherte Person. Dieser Ausschluss gilt nicht bei fahrlässigen und grob fahrlässigen Verstößen (z. B. im Straßenverkehr).

- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit, durch absichtliche Selbstverletzung oder durch versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass die Handlung in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist, werden wir bedingungsgemäß leisten.
- durch vorsätzliche Selbsttötung. Hier leisten wir, wenn seit Abschluss des Versicherungsvertrags bzw. seit Wiederherstellung der Versicherung drei Jahre vergangen sind. Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der Drei-Jahresfrist besteht Versicherungsschutz nur dann, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden ist. Andernfalls zahlen wir den für den Todesfall berechneten Rückkaufswert Ihrer Versicherung gemäß Abschnitt 33, jedoch nicht mehr als eine gegebenenfalls für den Todesfall vereinbarte Kapitalleistung. Bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung gelten die vorangegangenen Sätze dieses Aufzählungspunktes entsprechend. Die Drei-Jahresfrist beginnt mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.
- durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde,
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet sind, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führt, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt wird.
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit welcher der Versicherungsnehmer, Bezugsberechtigte oder der Drittberechtigte im Sinne des Strafrechts vorsätzlich sowie rechtswidrig die Pflegebedürftigkeit oder den Tod der Versicherten Person herbeigeführt hat.

17 Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

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

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

Zur Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung können wir Auskünfte in zweistufiger Form verlangen, zur Feststellung unserer Leistungspflicht muss von Ihnen der Nachweis des Bestehens von bedingungsgemäßer Pflegebedürftigkeit der Versicherten Person erbracht werden.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit vorgelegt wird.

Die Feststellung unserer vertraglichen Verpflichtung nehmen wir in zweistufiger Form vor. Wir können von der Versicherten Person auf der ersten Stufe verlangen, dass sie uns ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder ihrem Hausarzt Informationen über ärztliche Behandlungen und Behandlungszeiträume ohne Angabe von Befunden

für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Ergeben sich aus diesen Informationen Anhaltspunkte für die Verletzung von vorvertraglichen Anzeigepflichten, können wir von der Versicherten Person auf der zweiten Stufe verlangen, dass sie uns ermächtigt, bei ihrer Krankenkasse und/oder den behandelnden Ärzten Informationen auch über Befunde, Diagnosen und Arbeitsunfähigkeitszeiträume für den Zeitraum der vorvertraglichen Anzeigepflicht einzuholen oder uns die erforderlichen Auskünfte auf eigene Nachfrage zur Verfügung stellt. Die Versicherte Person ist nicht zur Mitwirkung verpflichtet. Solange die Mitwirkung verweigert wird, können wir die weitere Leistungsprüfung verweigern. Die Versicherungsleistung wird dann nicht fällig.

17.1.1 Bei Anmeldung von Leistungsansprüchen

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

- eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit, beispielsweise das Gutachten des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung,
- ausführliche Berichte der Ärzte und Heilbehandler, die die Versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, mit Angabe über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang einer Pflegebedürftigkeit,
- ein ärztlicher Nachweis der Demenzerkrankung. Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des

Schweregrads der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie oder Psychiatrie) durchgeführt und bestätigt werden.

- eine eigene Aufstellung über die Ärzte, Heilbehandler, Krankenhäuser, Pflegeeinrichtungen, bei den die Versicherte Person in Behandlung war oder ist, und Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger und sonstige Versorgungsträger, bei denen die Versicherte Person ebenfalls Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit geltend machen könnte, sowie ihren derzeitigen und früheren Arbeitgeber.

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

Wir können darüber hinaus auf unsere Kosten ärztliche Untersuchungen sowie notwendige Nachweise, zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen anfordern. Für medizinische Untersuchungen beauftragen wir Ärzte, die nicht in ständigen vertraglichen Bindungen zu uns stehen – also keine sogenannten Vertragsärzte.

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

Wir können zur Feststellung der Leistungspflicht wegen Pflegebedürftigkeit von der Versicherten Person weiter verlangen, dass sie Ärzte, Krankenhäuser und sonstige Krankenanstalten sowie Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder in Pflege war und ist, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen,

Berufsgenossenschaften und Behörden ermächtigt, uns Auskunft zu erteilen, oder uns die erforderlichen Auskünfte und Nachweise auf eigene Nachfrage bei den vorgenannten Institutionen und Personen zur Verfügung stellt. Hat die Versicherte Person eine Ermächtigung bei Abgabe der Vertragserklärung erteilt, werden wir diese vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die Versicherte Person kann der Erhebung widersprechen. Die Versicherte Person kann jederzeit verlangen, dass eine Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Erhalten wir keine zur Beurteilung der Voraussetzungen von Pflegebedürftigkeit notwendigen Auskünfte und Nachweise, kann dies dazu führen, dass die Versicherungsleistung nicht fällig wird und wir keine Leistungen erbringen müssen.

17.1.2 Hinweis zu Arztanordnungen

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

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

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

17.2.1 Vorvertragliche Anzeigepflicht

Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie alle vor Abgabe Ihrer Vertragserklärung in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben (vorvertragliche Anzeigepflicht). Das gilt insbesondere für die Fragen nach gegenwärtigen oder früheren Erkrankungen, gesundheitlichen Störungen und Beschwerden sowie ärztlichen Behandlungen.

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

17.2.2 Rücktritt

Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der Versicherten Person (siehe 17.2.1) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Leistungsbetrag gemäß Abschnitt 33. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

17.2.3 Kündigung

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

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

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

17.2.4 Rückwirkende Vertragsanpassung

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

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

17.2.5 Ausübung unserer Rechte

Wir können die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung nur innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir

die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

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

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

17.2.6 Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmemeinung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der Versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Wenn die Versicherung durch Anfechtung aufgehoben wird, wird keine Leistung fällig. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

17.2.7 Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

Die Regelungen in 17.2.1 bis 17.2.6 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen gemäß 17.2.5 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

17.2.8 Erklärungsempfänger

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

17.3 Welche Folgen hat eine Verletzung der Mitwirkungspflicht?

Solange eine Mitwirkungspflicht gemäß Abschnitt 15 oder 17.1 von Ihnen, der Versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang sowie die Dauer unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des dann laufenden Monats zur vertragsgemäßen Leistung verpflichtet.

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

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

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

17.5 Was gilt bei Tod der Versicherten Person?

Bei Tod der Versicherten Person enden unsere Leistungen. Die Pflegeerentenversicherung endet am Ende des Sterbemonats. Bei Tod innerhalb der Versicherungsdauer kommt die vereinbarte Todesfalleistung zur Auszahlung (siehe 11.4).

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

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

Liegt keine Pflegebedürftigkeit zum Todeszeitpunkt vor, ist von den Bezugsberechtigten der Todesfalleistung eine Bestätigung hierüber in Textform abzugeben. Zusätzlich behalten wir uns das Recht vor, diese nachzuprüfen.

F Überschüsse, Überschussbeteiligung und Bewertungsreserven

18 Was ist eine Überschussbeteiligung?

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

Bei Ihrer Versicherung werden die Risiken von mehreren Versicherungsunternehmen im Rahmen eines Konsortiums gemeinsam getragen. Daher gehen in die Ermittlung der Beteiligung an dem Überschuss und der Beteiligung an den Bewertungsreserven auch die Beteiligung an dem Über-

schuss und an den Bewertungsreserven der beteiligten Konsortialgesellschaften entsprechend den jeweiligen Konsortialanteilen ein. Die Höhe der Beteiligung an dem Überschuss wird von diesen Gesellschaften jährlich im Rahmen ihrer Überschussdeklaration neu festgelegt. Die Bewertungsreserven für den Anteil der Konsortialgesellschaften werden von diesen Gesellschaften mindestens einmal jährlich ermittelt.

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

18.1 Beteiligung an dem Überschuss

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

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

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

Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung

aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

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

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

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

Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe 125.

Für jede Bestands- und Gewinngruppe legt der Hauptbevollmächtigte für Deutschland jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars die Höhe der Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

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

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

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

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an dem Überschuss die Abschnitte 19 bis 21 und 24.

18.2 Beteiligung an den Bewertungsreserven

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

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

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

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

Lesen Sie für weitere Informationen zur Beteiligung an den Bewertungsreserven die Abschnitte 22, 23 und 24.

19 Wie teilen wir Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit zu?

Die Beteiligung an dem Überschuss besteht aus laufenden Überschussanteilen (Zins-, Risiko- und Grundüberschussanteile) und einem Schlussüberschussanteil.

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

- Die Zinsüberschussanteile werden jeweils am Ende eines Versicherungsjahres zugeteilt, erstmals am Ende des ersten Versicherungsjahres. Sie werden in Prozent des Deckungskapitals zum Ende des Versicherungsjahres bemessen, das mit dem Rechnungszins auf den Beginn des Versicherungsjahres diskontiert ist.
- Die Risikoüberschussanteile werden von Versicherungsbeginn an gewährt und in Prozent der versicherten Pflegerente ausgewiesen.
- Die Grundüberschussanteile werden von Beginn eines Versicherungsjahres zugeteilt. Grundüberschussanteile werden von

Versicherungsbeginn an erbracht. Sie werden in Prozent der Beitragssumme gewährt.

Zusätzlich wird bei Rückkauf, Tod und Eintritt des Leistungsfalls ein Schlussüberschussanteil erbracht. Der Schlussüberschussanteil wird jährlich neu festgelegt.

20 Wie verwenden wir die Überschussanteile vor Eintritt eines Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit?

Für Ihren Vertrag sind folgende Überschussverwendungs-Systeme maßgeblich.

20.1 Natürlicher Bonus

Die jährlich zugeteilten Grund- und Zinsüberschussanteile werden als Einmalbeitrag für eine zusätzliche Versicherungsleistung verwendet, die gleichzeitig mit der vertraglich vereinbarten Versicherungsleistung erbracht wird. Der Berechnung dieser zusätzlichen Versicherungsleistung werden die bei Vertragsabschluss geltenden Rechnungsgrundlagen zugrunde gelegt. Das Leistungsspektrum dieser zusätzlichen Versicherungsleistung entspricht dem der vertraglich vereinbarten Pflegerentenversicherung gemäß Abschnitt 11.

Für den natürlichen Bonus gilt die für Ihren Vertrag vereinbarte Leistungsform (siehe Abschnitt 12).

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

20.2 Mechanischer Bonus

Die jährlichen laufenden Risikoüberschussanteile werden für einjährige Bonusversicherungen verwendet, sodass nach Eintritt des Leistungsfalls eine zusätzliche Leistung fällig wird. Die erste Bonusrentenzahlung erfolgt frühestens mit Beginn der Schutzphase.

Die Höhe dieser Rente bemisst sich in Prozent der garantierten Pflegerente einschließlich der garantierten Rente aus dem natürlichen Bonus.

Tritt keine Leistungspflicht wegen Pflegebedürftigkeit ein, werden aus dem mechanischen Bonus keine Leistungen fällig. Bei Tod werden keine Leistungen aus dem mechanischen Bonus fällig. Bei Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung wird der mechanische Bonus in demselben Verhältnis herabgesetzt wie die garantierte Versicherungsleistung.

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

20.3 Schlussüberschussanteile

Bei Beginn der Leistungspflicht bzw. bei Beendigung vor Leistungseintritt wird zusätzlich ein Schlussüberschussanteil erbracht.

Zur Ermittlung des Schlussüberschussanteils wird rechnerisch fiktiv ein Schlussgewinnkonto geführt. Bei Vertragsbeginn beträgt das Schlussgewinnkonto null. Das Schlussgewinnkonto begründet keinen Anspruch auf Gewährung von Schlussüberschussanteilen in einer bestimmten Höhe; es dient lediglich als Hilfsgröße zur Ermittlung von Schlussüberschussanteilen bei Beginn der Pflegerentenzahlung bzw. bei Beendigung vor Leistungseintritt. Das Schlussgewinnkonto entspricht einer Anwartschaft auf einen Schlussüberschussanteil.

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

Zum Ausgleich von Schwankungen der Erträge aus Kapitalanlage, Risikoverlauf und Kostenver-

lauf kann das Schlussgewinnkonto reduziert werden – spätestens jedoch am 1. Januar des Kalenderjahres, in dem der Vertrag endet.

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

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

Bei Tod vor Leistungseintritt oder bei Beginn der Leistungspflicht wird das Schlussgewinnkonto erbracht.

Bei Beginn der Leistungspflicht ist die zusätzlich versicherte Leistung aus dem verrenteten Schlussgewinnkonto ab Verrentungszeitpunkt wegen Pflegebedürftigkeit garantiert.

21 Wie teilen wir Überschussanteile nach Eintritt eines Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit zu und wie verwenden wir die Überschussanteile?

Nach Eintritt des Leistungsfalls durch Pflegebedürftigkeit besteht die Überschussbeteiligung aus laufenden Zins-, Risiko- und Grundüberschussanteilen. Sofern Risiko- und Grundüberschussanteile nicht separat ausgewiesen werden, sind sie in den Zinsüberschussanteilen enthalten.

Die Zuteilung der laufenden Zinsüberschussanteile inklusive Risiko- und Grundüberschussanteile erfolgt jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres, sofern Pflegebedürftigkeit zu diesem Zeitpunkt besteht. Die Zinsüberschussanteile werden in Prozent des Deckungskapitals am Ende des vorangegangenen Versicherungsjahres bemessen.

Die laufenden Zinsüberschussanteile werden wie folgt verwendet:

Die Leistungen aus der Pflegerentenversicherung erhöhen sich zu Beginn eines Versicherungsjahres um einen jährlich neu festgelegten Prozentsatz der bisher erreichten Gesamtleistung. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Leistungsbeginn folgenden Versicherungsjahres. Diese steigende Überschussrente wird ausgezahlt, sofern eine garantierte Pflegerente entsprechend den vereinbarten Leistungshöhen ausgezahlt wird.

Die jährlichen Zinsüberschussanteile werden für eine steigende Überschussrente – entsprechend den garantierten Leistungshöhen – verwendet, die selbst wieder überschussberechtigt ist. Die erste Erhöhung erfolgt zu Beginn des auf den Eintritt der Pflegebedürftigkeit folgenden Versicherungsjahres.

Die steigende Überschussrente wird ausgezahlt, sofern eine garantierte Pflegerente entsprechend den vereinbarten Leistungshöhen ausgezahlt wird.

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

Während der Bezugszeit von Pflegerentenleistungen erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven (siehe Abschnitt 23).

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

Bei Beendigung des Vertrags erhält dieser einen Anteil der ihm zugeordneten Bewertungsreserven gemäß der jeweils geltenden Regelung. Derzeit sieht § 153 Abs. 3 VVG einen Anteilsatz in Höhe von 50 Prozent vor.

Als Beendigung des Vertrags gelten Tod, Rückkauf oder Eintritt des Leistungsfalls.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

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

Verteilungsschlüssel

22.2 Mit Hilfe eines Verteilungsschlüssels wird derjenige Anteil der verteilungsfähigen Bewertungsreserven ermittelt, der dem jeweiligen (Teil-)Bestand der anspruchsberechtigten Verträge entspricht. Weitere Informationen zur Ermittlung des Verteilungsschlüssels finden Sie in unserem Geschäftsbericht.

Kapitalertragsschlüssel

22.3 Der gemäß 22.2 ermittelte Anteil wird mittels einer Bemessungsgröße (Kapitalertragsschlüssel) den einzelnen Verträgen des (Teil-)Bestands zugeordnet. Weitere Informationen zur Ermittlung des Kapitalertragsschlüssels finden Sie in unserem Geschäftsbericht.

22.4 Der nach Anwendung des Kapitalertragsschlüssels ermittelte Betrag entspricht den dem Vertrag zugeordneten Bewertungsreserven. Diese werden gemäß § 153 Abs. 3 VVG bei Beendigung derzeit zur Hälfte zugeteilt und fällig.

Verwendung

22.5 Der gemäß 22.4 fällige Betrag wird bei Tod bzw. Rückkauf ausgezahlt. Bei Pflegerentenversicherungen, die in den Rentenbezug übergehen, wird die Beteiligung an den Bewertungsreserven zur Erhöhung der Pflegerente verwendet.

23 Wie beteiligen wir Sie nach Beginn der Pflegerentenzahlung an den Bewertungsreserven?

Während der Pflegerentenbezugszeit erhält Ihre Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 und 3 VVG. Die Bewertungsreserven, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Diese Beteiligung führt zu einer Erhöhung der laufenden Überschussbeteiligung aller Verträge in der Rentenbezugszeit. Bei der Festlegung der Überschussanteilsätze wird die jeweilige Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven

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

Daraufhin wird bestimmt, zu welchem Anteil die verteilungsfähige Bewertungsreserve dem (Teil-)Bestand der Verträge in der Pflegerentenbezugszeit zuzuordnen ist. Weitere Informationen zur Ermittlung des Anteilsatzes finden Sie in unserem Geschäftsbericht.

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

Dieser Betrag wird mit dem Verhältnis der garantierten Jahres-Rentenleistung zur Deckungsrück-

stellung aller bestehenden Verträge in der Pflegerentenbezugszeit multipliziert und den Pflegerentenauszahlungen zugeordnet.

Verwendung

Der ermittelte Betrag der Bewertungsreserve wird im Sinne von § 153 Abs. 3 VVG zur Hälfte als laufender Überschuss zur Erhöhung der Überschussrente des Bestands verwendet und führt so zur Erhöhung Ihrer laufenden Rente. Die hierfür ermittelten Erhöhungssätze werden auf volle 0,05 Prozent kaufmännisch gerundet. Die sich insgesamt ergebenden Überschussanteilsätze werden im Geschäftsbericht veröffentlicht.

24 Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

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

G Auszahlung von Leistungen

25 Ab wann zahlen wir Leistungen aus?

Der Anspruch auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit entsteht erst mit Beginn der Schutzphase. Während der Schutzphase entsteht der Anspruch auf Leistungen bzw. Erhöhung der Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit mit Ablauf des Kalendermonats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist bzw. in dem sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit erhöht hat (Übergang in einen höheren Pflegegrad).

Ist die Versicherte Person mindestens sechs Monate pflegebedürftig gewesen, obwohl diese

Dauer bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht voraussehbar war, leisten wir ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit, frühestens jedoch ab Beginn der Schutzphase gemäß der vereinbarten Leistungsform (siehe Abschnitt 12).

Der rückwirkende Leistungsanspruch auf Pflegerenten bzw. eine vereinbarte Einmalleistung wird in einem Betrag ausgezahlt. Der rückwirkende Leistungsanspruch umfasst ausschließlich den Zeitraum zwischen Beginn der Schutzphase und Anzeige der Pflegebedürftigkeit.

Meldefrist

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

Verfügungen

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

26 An wen zahlen wir Leistungen aus?

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

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

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

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

H Unser Vertragsverhältnis

27 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

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

Ist ein Bezugsrecht eingeräumt oder der Versicherungsvertrag abgetreten, verpfändet oder wurde über ihn anderweitige Verfügungen getroffen, so gilt: Wir brauchen den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die Anzeige des bisherigen Berechtigten in Textform vorliegt.

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

28.1 Recht und Vertragssprache

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

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

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

Benennung eines Zustellungsbevollmächtigten

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

28.3 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

Sofern wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die notwendigen Daten bei Vertragsabschluss, bei Änderung nach Vertragsabschluss oder auf Nachfrage unverzüglich 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. Dies betrifft insbesondere unwiderruflich bezugsberechtigte Personen sowie im Leistungsfall anspruchsberechtigte oder begünstigte Personen. Als Versicherungsnehmer willigen Sie unwiderruflich ein, dass Swiss Life befugt ist, sämtliche notwendigen Daten an die zuständigen Behörden in Erfüllung rechtlicher Pflichten weiterzuleiten.

Notwendige Daten sind beispielsweise Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit, der steuerlichen Ansässigkeit

dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen insbesondere die Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort, der Wohnsitz, die Postanschrift, die Bankverbindung oder der Status als US-Person im Sinne des US-Foreign Account Tax Compliance Act, z. B. durch Heirat, Erwerb einer Aufenthaltsbewilligung („Green Card“) oder einen längeren US-Aufenthalt. Zur eventuellen Klärung wenden Sie sich bitte an Ihren Steuerberater.

Falls Sie uns die notwendigen Daten nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn gegebenenfalls keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die zur Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Daten zur Verfügung gestellt haben.

29 Wo können Sie sich beschweren?

Falls Sie einmal Anlass für eine Beschwerde haben sollten, würden wir uns über eine Nachricht von Ihnen freuen. Gerne können Sie auch unser Kontaktformular auf unserer Website (www.swiss-life.de/anregung-und-kritik) nutzen. Sie können sicher sein, dass wir alles tun werden um Sie zufriedenzustellen.

29.1 Schlichtungsstelle

Unser Unternehmen ist Mitglied im Verein Versicherungsombudsmann e. V. und nimmt damit an Streitbeilegungsverfahren vor dem Versicherungsombudsmann teil. Damit ist für Sie als Verbraucher die Möglichkeit eröffnet, zur Schlichtung den unabhängigen und neutralen Ombudsmann in An-

spruch zu nehmen. Die Möglichkeit den Rechtsweg zu beschreiten bleibt hierdurch für Sie unberührt.

Versicherungsombudsmann e. V.
Postfach 08 06 32
10006 Berlin
beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Für weitere Informationen:
www.versicherungsombudsmann.de

29.2 Aufsichtsbehörden

Darüber hinaus können Sie sich an die Aufsichtsbehörde wenden, wenn Sie mit unserer Entscheidung einmal nicht einverstanden sein sollten:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn

29.3 Wo sind gerichtliche Klagen einzureichen?

Wenn Sie eine Klage aus dem Vertrag gegen uns erheben, ist folgendes Gericht zuständig:

- das Gericht, in dessen Bezirk unser Geschäftssitz liegt,
- auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich.
- auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie als juristische Person Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Wir müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.

Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts ins Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

30 Wie erfolgen Anpassungen dieser Bedingungen?

Wie kann eine Bestimmung der Versicherungsbedingungen unwirksam werden?

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

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

Wir haben Ihre und unsere Interessen zu berücksichtigen.

Salvatorische Klausel

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

30.1 Wann wird eine neue Bestimmung wirksam?

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

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

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

I Nachversicherungsgarantien und Anpassungsoptionen

31 Welche Nachversicherungsgarantie haben Sie?

Sie haben das Recht, die Anwartschaft auf Pflegegerente vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit ohne erneute medizinische Risikoprüfung in verschiedenen Situationen **ereignisabhängig** zu erhöhen:

- Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens der Versicherten Person um mindestens zehn Prozent (z. B. nach Karrieresprung, nach Wechsel des Arbeitgebers, nach Beförderung oder Abschluss einer weiteren beruflichen Qualifikation),
- Tod oder Eintritt der Pflegebedürftigkeit des Partners (Ehepartner, Lebenspartner oder der Lebensgefährtin in eheähnlicher Gemeinschaft mit derselben Anschrift). Als pflegebedürftig gilt, wer Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit von einem privaten oder gesetzlichen Versicherungsträger erhält.

Allgemeine Regelungen zur Nachversicherungsgarantie

Die Erhöhung der versicherten Pflegegerente muss mindestens 100 Euro monatlich in Pflegegrad 5 betragen und ist – im Rahmen unserer geltenden Richtlinien – insgesamt begrenzt auf:

- 100 Prozent der zu Vertragsbeginn versicherten Leistung, bis zu diesem Zeitpunkt durchgeführten Dynamik-Erhöhrungen werden angerechnet.

- Insgesamt bis zu einer beim Konsortium KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung versicherten Pflegerente in Pflegegrad 5 von 3.500 Euro im Monat. Der maßgebliche Betrag ist im Versicherungsschein genannt. Alle bestehenden Tarifrenten und Bonusrenten werden dabei addiert.

Die einzelne Erhöhung darf 20 Prozent der vor der Erhöhung vereinbarten monatlichen Pflegerente nicht überschreiten. Bestehen mehrere Verträge mit Nachversicherungsgarantie, kann die Erhöhung in einem Vertrag erfolgen.

Sie können die Nachversicherungsgarantie innerhalb von sechs Monaten, nachdem Sie von dem Ereignis schriftlich oder in Textform Kenntnis erlangt haben, und unter Beifügung entsprechender Nachweise bei uns geltend machen. Nach der dritten Erhöhung im Rahmen der Nachversicherungsgarantie, spätestens mit Vollendung des 70. Lebensjahres, kann die Nachversicherungsgarantie nicht mehr ausgeübt werden.

Die Nachversicherungsgarantie ruht, solange Beitragsrückstände bestehen. Die Nachversicherungsgarantie besteht nicht,

- sofern für die Versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind oder solche Leistungen erbracht wurden,
- wenn die Versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist,
- wenn die Versicherte Person pflegebedürftig im Sinne unserer Bedingungen ist oder war,
- wenn die Versicherte Person zum Erhöhungszeitpunkt einen nicht versicherbaren Beruf ausübt,
- sofern eine Berufsunfähigkeits-Zusatzversicherung eingeschlossen ist und die Versicherte Person berufsunfähig im Sinne

der Bedingungen für die Zusatzversicherung ist.

Für die Erhöhung gelten die zum Erhöhungszeitpunkt maßgeblichen Tarife. Im Übrigen gelten die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen, es sei denn, dass aufgrund von Änderung des Gesetzes neue Versicherungsbedingungen zugrunde gelegt werden müssen.

Sie können nur den Tarif wählen, dessen Leistungsumfang dem Ihrer Versicherung am nächsten kommt. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags. Ebenso gelten die besonderen Vereinbarungen des zuletzt abgeschlossenen Vertrags für die Erhöhungen.

32 Welche Anpassungsoptionen gibt es?

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

- einem Absinken der nicht garantierten Bonusrente aus dem mechanischen Bonus (siehe 20.2) während der Versicherungsdauer der Pflegerente (Auffüllgarantie),
- Änderung der Pflegegrade nach dem SGB XI (Umstellungsoption).

32.1 Auffüllgarantie bei Absinken der Rente aus der Überschussbeteiligung

Sollte die Bonusrente aus dem mechanischen Bonus gemäß 20.2 durch eine Verminderung der Überschussanteile sinken, können Sie sich ohne erneute medizinische Risikoprüfung in der Höhe so nachversichern, dass Ihr bisheriger Versicherungsschutz erhalten bleibt, sofern noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt wurden, noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit erbracht wurden oder werden.

Weitere Voraussetzungen für die Auffüllgarantie sind:

- Sie beantragen die Anpassung innerhalb von sechs Monaten, nachdem wir Sie über die Absenkung der Bonusrente aus dem mechanischen Bonus informiert haben.
- Der Vertrag, für den Sie die Auffüllgarantie ausüben, ist nicht mit Beiträgen im Rückstand und nicht gekündigt.
- Die Versicherte Person hat zum Zeitpunkt der Beantragung der Anpassung das 70. Lebensjahr noch nicht vollendet.
- Die Summe aller für die Versicherte Person beim Konsortium KlinikRente.Arbeitskraftabsicherung bestehenden versicherten monatlichen Pflegerenten (Pflegegrad 5) darf 3.500 Euro nicht überschreiten.
- Wir bieten eine Pflegerentenversicherung mit vergleichbarem Leistungsumfang an.

Für die Anpassung gelten die zum Anpassungszeitpunkt maßgeblichen Tarife, im Übrigen die dem Vertrag zugrunde liegenden Versicherungsbedingungen. Sie können nur den Tarif wählen, dessen Leistungsumfang dem Ihrer Versicherung am nächsten kommt. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

32.2 Änderung der Pflegegrade nach dem SGB XI – Umstellungsoption

Bei Änderung der gesetzlichen Definition der Pflegebedürftigkeit oder der Einteilung in verschiedene Pflegegrade bleiben die Definitionen der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung in Pflegegrade gemäß 10.2.1 bestehen.

Wenn im Konsortium unter der Konsortialführerschaft der Swiss Life eine Pflegerentenversicherung angeboten wird, die die neue Gesetzeslage berücksichtigt, haben Sie die Möglichkeit Ihren Versicherungsschutz an diese neue Gesetzeslage anzupassen. Die Anpassung erfolgt ohne erneute Gesundheitsprüfung anhand desjenigen neuen

Tarifs, der bezüglich des Leistungsumfangs dem Ihres bestehenden Vertrags am nächsten kommt. Diese Option besteht nicht, sofern für die Versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind bzw. die Umstellung auf den neuen Tarif unmittelbar zu einer Leistung führen würde.

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

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

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

J Kündigung des Vertrags

33 Wann und wie können Sie Ihren Vertrag kündigen?

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Schluss einer Versicherungsperiode ganz oder teilweise in Textform kündigen. Falls Sie eine vierteljährliche, halbjährliche, jährliche oder einmalige Beitragszahlung vereinbart haben, können Sie auch früher als zum Ende einer Versicherungsperiode kündigen, und zwar mit Frist von einem Monat zum Ende des darauffolgenden Monats. In diesem Fall endet die laufende Versicherungsperiode mit Ablauf dieser Frist. Nach Beginn eines Leistungsbezugs wegen Pflegebedürftigkeit (Beitragsbefreiung oder Pflegerente) können Sie nicht mehr kündigen.

Mit Wirksamwerden der Kündigung erlischt der rückwirkende Leistungsanspruch gemäß Abschnitt 25.

Teilweise Kündigung

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

Beitragsrückzahlung

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

34 Welche Folgen hat es, wenn Sie kündigen?

Falls gemäß Abschnitt 33 eine Auszahlung möglich ist, zahlen wir den sogenannten Leistungsbetrag aus. Die Auszahlung erfolgt spätestens am fünften Arbeitstag nach Wirksamwerden Ihrer Kündigung. Wird die Kündigung bereits zum Ende des Monats wirksam, in dem uns Ihre Kündigungserklärung zugeht, zahlen wir den Leistungsbetrag spätestens 30 Kalendertage nach Zugang Ihrer Kündigungserklärung.

Bitte beachten Sie, dass der Leistungsbetrag nicht unbedingt dem Rückkaufswert entspricht. Der **Leistungsbetrag** ergibt sich vielmehr wie folgt: Rückkaufswert (gemäß § 169 Abs. 3 und 4) abzüglich Abzug (gemäß § 169 Abs. 5 VVG, siehe 8.3)

zuzüglich zugeteilte laufende Überschussanteile* (siehe Abschnitt 20.1).

zuzüglich Schlussüberschussanteile* (siehe Abschnitt 20.3).

zuzüglich Beteiligung an den Bewertungsreserven* (siehe Abschnitt 22).

* soweit gemäß den Regelungen in Abschnitt 18 ff. zugeteilt

Vorhandene Beitragsrückstände oder sonstige Forderungen werden vom Leistungsbetrag abgezogen, ebenso einzubehaltende und abzuführende Steuern oder Sozialversicherungsbeiträge.

Der Leistungsbetrag kann also sowohl höher als auch niedriger als der Rückkaufswert sein.

Der Rückkaufswert gemäß § 169 Abs. 3 VVG ist das zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital mit gleichmäßiger Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten.

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

Die Höhe des Rückkaufswerts und des Abzugs haben wir in Euro und Cent für Sie in den Informationen beziffert, die Sie vor Abgabe Ihrer Vertragsklärung erhalten haben. Sie finden die Werte jeweils in den Übersichten der garantierten Werte bei Beitragsfreistellung und Kündigung.

Die Kündigung Ihrer Versicherung ist mit Nachteilen verbunden. Der Rückkaufswert erreicht nicht unbedingt die Summe der eingezahlten Beiträge, da aus diesen auch die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags finanziert werden. Bei Kündigung erfolgt der in 8.3 genannte Abzug.

Möglicherweise fallen Steuern an. Wir empfehlen Ihnen, einen Steuerberater zu Rate zu ziehen, bevor Sie den Versicherungsvertrag kündigen.

K Erläuterung wichtiger Begriffe

Bezugsberechtigter

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

Bewertungsreserven

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

Deckungskapital

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

Deckungsrückstellung

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

Erklärungen

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

Geltende Richtlinien

Sind unsere Regeln, in denen beispielsweise beschrieben wird, welche Berufe wir zu welchen Konditionen (z. B. Berufsgruppen) versichern. Bestimmte Berufe können gar nicht oder nur bis zu bestimmten Höchstsummen, Mindest- und Höchst Eintrittsaltern oder mit Zuschlägen versichert werden. Weiterhin werden dort Summengrenzen für die medizinische und wirtschaftliche Risikoprüfung beschrieben. Die medizinische Risikoprüfung bezeichnen wir auch als Gesundheitsprüfung.

Höchstrichterliche Entscheidung

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

Natürliche Person

Bezeichnet einen Menschen mit all seinen Rechten und Pflichten.

Rückkaufswert

Der Rückkaufswert ist das zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital mit gleichmäßiger Verteilung der Abschluss- und Vertriebskosten.

Schutzphase

Ein Leistungsanspruch entsteht mit Beginn der Schutzphase. Der Zeitraum zwischen Versicherungsbeginn und Beginn der Schutzphase stellt eine leistungsfreie Zeit dar. Ist die Versicherte Person zu Beginn der Schutzphase bereits pflegebedürftig, beginnt die Leistungspflicht ab Beginn der Schutzphase. Während der leistungsfreien Zeit besteht kein Anspruch auf Beitragsfreistellung, Pflegerentenzahlung bzw. Zahlung einer gegebenenfalls vereinbarten Einmalleistung.

Sicherungsvermögen

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

Textform

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

Überschussanteilsätze

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

Überschussbeteiligung

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

Überschüsse

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

Überschussverwendungs-System

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

Unverzüglich

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

Unzumutbare Härte

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

Versicherte Person

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

Versicherungsjahr

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

aller folgenden Versicherungsjahre um die Anzahl der Monate des Rumpfbeginnjahres.

Versicherungsnehmer

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

Versicherungsperiode

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

Versicherungsschein

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

Versicherungsvertrag

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

L Auszug aus dem Sozialgesetzbuch

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

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.
- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Abs. 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in

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

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

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

1. Mobilität mit 10 Prozent,
2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,

4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.

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

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

(4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen,

können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Abs. 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.

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

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

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

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