

Allgemeine Bedingungen für die Pflegerentenversicherung (PflegePREMIUM)

(Fassung 01.2009)

Sehr geehrter Kunde*),

als Versicherungsnehmer sind Sie unser Vertragspartner.

Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt.

Sind Sie die versicherte Person, aber nicht Versicherungsnehmer, dann sprechen wir Sie in den Bedingungen nicht unmittelbar an. Die dort festgelegten Rechte und Pflichten betreffen nämlich vorrangig den Versicherungsnehmer als unseren Vertragspartner.

Für unser Vertragsverhältnis gelten die nachfolgenden Bedingungen.

Inhaltsverzeichnis

Versicherungsleistungen

- § 1 Was ist versichert?
- § 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?
- § 3 Wie entstehen Überschüsse und Bewertungsreserven?
- § 4 Wie sind Sie an den Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligt?

Beitragszahlung

- § 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
- § 6 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
- § 7 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Beginn des Versicherungsschutzes

- § 8 Wie kommt Ihr Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
- § 9 Können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

Eintritt des Versicherungsfalls, Mitwirkungspflichten, Nachprüfung

- § 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt bzw. bezogen werden?
- § 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
- § 12 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?
- § 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?

Rückkaufswert

- § 14 Wie berechnet sich Ihr Rückkaufswert?

Kündigung und Beitragsfreistellung

- § 15 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?
- § 16 Was passiert, wenn Sie Ihre Versicherung kündigen oder die Beitragsfreistellung verlangen?

Kosten

- § 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

Versicherungsschein, Mitteilungen, Bezugsrecht

- § 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
- § 19 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
- § 20 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

Anzeigepflichten

- § 21 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
- § 22 Was passiert, wenn Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen?

Ausschlussklauseln

- § 23 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Sonstiges

- § 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
- § 25 Welches Gericht ist zuständig?

Änderungsvorbehalte

- § 26 Wann können wir den Beitrag oder die Leistung für Ihre Versicherung ändern?
- § 27 Wann können die vorstehenden Bestimmungen geändert werden?

Versicherungsleistungen

§ 1 Was ist versichert?

1 Wird die versicherte Person während der Versicherungsdauer dieser Versicherung pflegebedürftig im Sinne des § 2 und deshalb täglich gepflegt, so erbringen wir - sofern der Grad der Pflegebedürftigkeit mindestens Pflegestufe I erreicht - folgende Versicherungsleistungen:

- a) Zahlung der versicherten Pflegerente
 - in Höhe von 100 % bei Pflegestufe II oder III,
 - in Höhe von 50 % bei Pflegestufe I;
- b) volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht. Bei nicht monatlicher Beitragszahlung wird die gezahlte Beitragsrate des laufenden Zahlungsabschnitts anteilig für jeden Monat der Pflegebedürftigkeit zurückgezahlt.
- c) Zusatzleistung in Höhe von 6 monatlichen Pflegerenten: Diese Leistung erbringen wir einmalig bei erstmaligem Vorliegen der Pflegebedürftigkeit.
- d) Assistance-Leistungen: Beträgt die versicherte Pflegerente mindestens 1.000 EUR monatlich, so sind Assistance-Leistungen eingeschlossen, die von uns organisiert werden. Die Einzelheiten sind unter "Assistance-Leistungen" im Anhang zu diesen Bedingungen beschrieben. Diese Leistungen erbringen wir bereits dann, wenn Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen von dem behandelnden Arzt vermutet wird und Sie einen Antrag auf Leistungen aus diesem Vertrag stellen.

Bei einem geringeren Grad der Pflegebedürftigkeit als Pflegestufe I besteht kein Anspruch auf Pflegerente und Beitragsbefreiung.

2 Die Pflegerente zahlen wir monatlich im Voraus, solange die versicherte Person lebt.

3 Der Anspruch auf Pflegerente und Beitragsbefreiung entsteht einen Monat (Karenzzeit) nach Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

*) Sämtliche verwendeten Begriffe, die Personen bezeichnen, sind geschlechtsneutral formuliert. Sie gelten sowohl für Frauen als auch für Männer.

Wird uns die Pflegebedürftigkeit später als 6 Monate nach ihrem Eintritt schriftlich mitgeteilt, so entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistungen erst mit Beginn des Monats der Mitteilung. Sofern die verspätete Anzeige ohne schuldhaftes Versäumen des Anruferhebenden erfolgte oder keinen Einfluss auf die Feststellung des Versicherungsfall oder den Umfang der Pflegebedürftigkeit hat, leisten wir - unter Berücksichtigung der Karenzzeit - ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit, rückwirkend höchstens jedoch für 12 Monate.

Haben Sie bereits früher Leistungen aus dieser Versicherung bezogen, entfällt bei einem erneuten Eintritt der Pflegebedürftigkeit die Karenzzeit.

Der Anspruch auf eine Erhöhung der Pflegerente wegen einer höheren Pflegestufe entsteht mit Beginn des Monats, in dem uns die Erhöhung der Pflegestufe mitgeteilt wurde.

- 4 Der Anspruch auf Pflegerente und Beitragsbefreiung erlischt,
 - wenn der Grad der Pflegebedürftigkeit unter Pflegestufe I fällt oder
 - die versicherte Person nicht mehr täglich gepflegt wird oder
 - die versicherte Person stirbt.

Der Anspruch auf Assistance-Leistungen (vgl. Abs. 1 d)) endet, wenn unsere Leistungsprüfung ergibt, dass eine Pflegebedürftigkeit nicht oder nicht mehr vorliegt.

5 Der Versicherungsschutz besteht, solange die versicherte Person lebt. Wird die versicherte Person nicht pflegebedürftig, wird aus dieser Versicherung keine Leistung fällig.

6 Bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten; bei Anerkennung unserer Leistungspflicht werden wir die gemäß Abs. 3 zuviel entrichteten Beiträge mit 2,25 % p.a. verzinst zurückzahlen.

Wenn Sie einen entsprechenden Antrag stellen, werden Ihnen diese Beiträge bis zur Entscheidung über unsere Leistungspflicht oder im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung zinslos gestundet. Besteht nach dieser Entscheidung kein Anspruch auf Leistungen, müssen Sie die gestundeten Beiträge

unverzinst nachzahlen. Die Nachzahlung können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in höchstens 12 Monatsraten leisten.

7 Der Versicherungsschutz gilt weltweit.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

I Grundsätze

1 Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn für die versicherte Person mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

- Pflegebedürftigkeit aufgrund Hilfebedarfs bei den Grundfähigkeiten (vgl. Abschnitt II, gilt bei Kindern erst ab Vollendung des 12. Lebensjahres)

oder

- Pflegebedürftigkeit nach §§ 14 und 15 des Sozialgesetzbuches XI in der Fassung vom 19.12.2007 (vgl. Abschnitt III)

oder

- Pflegebedürftigkeit infolge Demenz (vgl. Abschnitt IV).

Die Kriterien für die Festsetzung des Grades der Pflegestufe sind abhängig von der Art der Pflegebedürftigkeit. Einzelheiten sind in den nachstehenden Regelungen enthalten.

Bei der Festsetzung unserer Leistungen wird die nach Prüfung aller Arten von Pflegebedürftigkeit höchste festgestellte Pflegestufe zugrunde gelegt.

II Pflegebedürftigkeit aufgrund Hilfebedarfs bei den Grundfähigkeiten

1 Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich mindestens 6 Monate so hilflos ist, dass sie - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Die Pflegebedürftigkeit besteht in erheblichem Umfang, soweit die versicherte Person auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel mindestens 3 der in Abs. 2 genannten Grundfähigkeiten nicht selbstständig ausführen kann, sondern dazu täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf.

Bei Kindern bis zur Vollendung des 12. Lebensjahres besteht kein Anspruch aufgrund Hilfebedarfs bei den Grundfähigkeiten.

Die Pflegebedürftigkeit und der Hilfebedarf bei der Ausübung von Grundfähigkeiten sind ärztlich nachzuweisen.

Der Grad der Pflegebedürftigkeit wird nach der Anzahl der Grundfähigkeiten, für die ein Hilfebedarf vorliegt, eingestuft. Wir leisten:

- aus der Pflegestufe I:
bei Hilfebedarf bei 3 Grundfähigkeiten
- aus der Pflegestufe II:
bei Hilfebedarf bei 4 oder 5 Grundfähigkeiten
- Pflegestufe III:
bei Hilfebedarf bei 6 Grundfähigkeiten

Vorübergehende akute Erkrankungen führen zu keiner höheren Einstufung. Vorübergehende Besserungen bleiben ebenfalls unberücksichtigt. Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach 6 Monaten noch anhält.

2 Grundfähigkeiten

Bewertungsmaßstab für die Einstufung der Pflegebedürftigkeit ist der erforderliche Hilfebedarf bei der Ausübung der nachfolgenden Grundfähigkeiten.

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim:

Fortbewegen in der Wohnung, Aufstehen und Zubettgehen
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln - die Unterstützung einer anderen Person für die Fortbewegung in der Wohnung oder beim Hinsetzen und Aufstehen benötigt oder wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden (Ober- und Unterkörper) und ggf. ein medizinisches Korsett bzw. eine Prothese anlegen und befestigen kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung pflegegerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne Hilfe einer anderen Person die zubereiteten (beinhaltet auch das Öffnen von Dosen und Schalen von Obst) und servierten Mahlzeiten sowie die bereitgestellten Getränke zu sich nehmen kann. Hilfebedarf liegt ebenfalls vor, wenn eine medizinisch indizierte Ernährung über Sonden notwendig ist.

Waschen, Kämmen, Rasieren

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln - nicht ohne Hilfe einer anderen Person sich waschen, Zähne putzen, Haare kämmen und sich evtl. rasieren kann. Hilfebedarf liegt ebenfalls vor, wenn die versicherte

Person - auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln - nicht ohne Hilfe einer anderen Person die Intimhygiene nach dem Toilettengang durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

Baden/Duschen

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme von Hilfsmitteln - nicht ohne Hilfe einer anderen Person baden, duschen und sich abtrocknen und insbesondere in die und aus der Badewanne bzw. Dusche steigen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.

Verrichten der Notdurft

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person unfähig ist, ihre Darm- und Blasenfunktion zu kontrollieren. Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person dauerhaft inkontinent ist oder Darm bzw. Blase nicht eigenständig entleert werden können. Hilfebedarf liegt auch vor, wenn wegen andauernder Darm- oder Blaseninkontinenz ständig und nicht nur aus pflegeleichternden Gründen der Gebrauch von Kathetern, Windeln oder Einlagen notwendig ist, die nicht selbstständig angelegt, gewechselt und geleert bzw. gereinigt werden können.

Liegt allein eine Inkontinenz der Darm- oder Blasenfunktion vor, die durch das Verwenden von Windeln und Einlagen ausgeglichen werden kann, und ist die versicherte Person fähig, diese ohne Hilfestellung anzulegen, zu wechseln und zu leeren bzw. reinigen, besteht kein Hilfebedarf.

III Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB XI)

1 Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch dann vor, wenn die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne der §§ 14 (Definition der Pflegebedürftigkeit) und 15 (Festlegung der Pflegestufen) SGB XI in der Fassung vom 19.12.2007 ist.

Pflegebedürftig sind danach Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, in erheblichem oder höherem Maße (§ 15 SGB XI) der Hilfe bedürfen. Weitere Einzelheiten entnehmen Sie bitte den im Anhang abgedruckten Vorschriften des SGB XI.

a) Ein Anspruch wegen Pflegebedürftigkeit nach SGB XI setzt - vorbehaltlich der nachstehenden Vorschriften (vgl. insbesondere §§ 10, 12, 13, 21, 22 und 23) - voraus, dass uns die Pflegebedürftigkeit durch Vorlage eines rechtskräftigen Bescheides eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung über Leistungen nach §§ 14 und 15 SGB XI in der Fassung vom 19.12.2007 nachgewiesen wird.

b) Für den Umfang und die Dauer unserer Leistungspflicht sind die in dem Bescheid festgesetzte Pflegestufe und dessen Zeitraum der Leistungsgewährung maßgebend.

2 Folgen einer Gesetzesänderung der §§ 14 und 15 SGB XI in der Fassung vom 19.12.2007 während der Vertragslaufzeit

a) Grundsätzlich richtet sich die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI während der gesamten Versicherungsdauer ausschließlich nach der in Abs. 1 beschriebenen Fassung der §§ 14 und 15 SGB XI. Eine Änderung dieser gesetzlichen Regelungen ist für diesen Vertrag nicht maßgebend und bewirkt keine Veränderung des diesem Vertrag zugrunde liegenden Begriffs der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI gemäß Abs. 1.

Die Vorlage eines die neue Gesetzeslage berücksichtigenden Bescheides eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung ist als Nachweis der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI in diesem Fall nicht - mehr - ausreichend. Für diesen Fall müssen Sie uns die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI, auch bezüglich der Pflegestufen, ärztlich nachweisen.

Dasselbe gilt sinngemäß, soweit bereits laufende Leistungen aus dieser Versicherung bezogen werden und eine Erhöhung dieser Leistungen gemäß § 1 Abs. 1 a) aufgrund des Erreichens einer höheren Pflegestufe wegen Pflegebedürftigkeit nach SGB XI beantragt wird.

b) Wenn wir in den Bedingungen für neu abzuschließende Versicherungen den durch eine Gesetzesänderung veränderten Begriff der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI zugrunde legen, werden wir Ihnen die Umstellung auf diese neuen Bedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung anbieten. Die Umstellung kann zu einem geänderten Beitrag bzw. bei gleichem Beitrag zu einer geänderten Leistung führen.

Eine Umstellung ist aber nur möglich, wenn zum angebotenen Umstellungstermin weder Leistungen aus dieser Versicherung bezogen werden noch beantragt wurden.

Nach erfolgter Umstellung des Vertrages richtet sich die Pflegebedürftigkeit nach SGB XI entsprechend den vorstehenden Regelungen ausschließlich nach diesen neuen gesetzlichen Regelungen.

IV Pflegebedürftigkeit infolge Demenz

1 Pflegebedürftigkeit infolge Demenz liegt vor, wenn die versicherte Person wegen mittelschwerer oder schwerer Hirnleistungsstörungen, die durch Krankheit oder Körperverletzung entstanden sind, sich oder andere erheblich gefährdet und deshalb dauernder Beaufichtigung bedarf.

Eine mittelschwere oder schwere Demenz setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Leichte und mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im oben genannten Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

2 Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist ärztlich nachzuweisen.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden. Es muss mindestens der Schweregrad 5 gemäß der Global Deterioration Scale nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

3 Liegt Pflegebedürftigkeit infolge Demenz vor, so erfolgt die Einstufung in Pflegestufe II.

V Rückwirkende Leistung

Ist die versicherte Person nachweislich 6 Monate ununterbrochen pflegebedürftig im Sinne der Abschnitte II oder IV gewesen und deswegen täglich gepflegt worden, so gilt der Beginn dieses Zustandes als Eintritt der Pflegebedürftigkeit.

Dasselbe gilt, soweit bei Pflegebedürftigkeit nach SGB XI infolge einer Gesetzesänderung im Sinne des Abschnittes III Abs. 2 a) der Nachweis der Pflegebedürftigkeit nicht - mehr - durch Vorlage des Bescheides eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung erbracht werden kann.

§ 3. Wie entstehen Überschüsse und Bewertungsreserven?

1 Überschüsse

a) Grundsätze

Um Ihre versicherten Leistungen erfüllen zu können, müssen wir unsere Tarife vorsichtig kalkulieren. Wir müssen ausreichend Vorsorge treffen für Veränderungen der Kapitalmärkte, eine ungünstige Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten. Unsere vorsichtigen Annahmen bezüglich der Kapitalanlagenverzinsung und der Entwicklung der versicherten Risiken und der Kosten führen zu Überschüssen, an denen wir Sie beteiligen. Durch die jährliche Beteiligung an den Überschüssen erhöht sich Ihre Leistung.

Überschüsse erzielen wir in der Regel aus dem Kapitalanlage-, dem Risiko- und dem Kostenergebnis. Die Überschüsse sind umso größer, je erfolgreicher unsere Kapitalanlagepolitik ist, je günstiger sich die versicherten Lebensrisiken entwickeln und je sparsamer wir wirtschaften.

b) Kapitalanlageergebnis

Ein großer Teil des Überschusses stammt aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Die Tarifkalkulation Ihrer Versicherung erfolgt mit einem Zinssatz von 2,25 %. In der Regel übersteigen die Kapitalerträge diesen Rechnungszins von 2,25 %, da wir das Vermögen nach den Prinzipien möglichst großer Rentabilität und unter Beachtung der erforderlichen Sicherheit anlegen.

c) Risikoergebnis

Bei der Tarifkalkulation haben wir vorsichtige Annahmen über den Eintritt von Versicherungsfällen zugrunde gelegt. Dadurch soll sichergestellt werden, dass die versicherten Leistungen langfristig auch dann noch erfüllt werden können, wenn sich die versicherten Risiken ungünstig entwickeln. Ist der Risikoverlauf dagegen in der Realität günstiger als kalkuliert, entstehen Risikoüberschüsse.

d) Kostenergebnis

Ebenso haben wir auch Annahmen über die zukünftige Kostenentwicklung getroffen. Wirtschaften wir sparsamer als kalkuliert, entstehen Kostenüberschüsse.

2 Bewertungsreserven

Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen (vgl. Abs. 1 b)) über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind.

§ 4 Wie sind Sie an den Überschüssen und den Bewertungsreserven beteiligt?

Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 VVG an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung).

Die Höhe der Überschussanteilsätze können Sie unserem Geschäftsbericht entnehmen, den Sie bei uns anfordern können.

Die verteilungsfähige Bewertungsreserve zum Bilanzstichtag wird für alle anspruchsberechtigten Versicherungen im Anhang des Geschäftsberichts ausgewiesen.

Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

1 Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

a) Überschüsse

Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt.

Die Überschüsse stammen im Wesentlichen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung)), erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 3, § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Zinsen gedeckt, die zur Finanzierung der versicherten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Beteiligung der Versicherungsnehmer an den Überschüssen.

Weitere Überschüsse entstehen durch das Risiko- und das Kostenergebnis. Auch von diesen Überschüssen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens die in der Mindestzuführungsverordnung genannten Prozentsätze. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind für das Risikoergebnis (z. B. das Pflegefallrisiko) grundsätzlich mindestens 75 % und für das übrige Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich mindestens 50 % vorgeschrieben (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Produktgruppen zusammengefasst, bei denen z. B. das versicherte Pflege- oder Langlebkeitsrisiko besonders zu berücksichtigen ist. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Produktgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Ihre Versicherung gehört zu der im Versicherungsschein genannten Produktgruppe.

b) Bewertungsreserven

Während der Anwartschaft (d.h. es besteht kein Anspruch auf eine Pflegerente) fließt ein Teil der Bewertungsreserven (verteilungsfähige Bewertungsreserve) den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG unmittelbar zu. Hierzu wird die Höhe der verteilungsfähigen Bewertungsreserve monatlich neu ermittelt. Der so ermittelte Wert wird den Versicherungen nach dem in Abs. 2 d) beschriebenen Verfahren zugeordnet. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

Im Leistungsbezug (d.h. es besteht ein Anspruch auf Pflegerente) erfolgt eine angemessene Beteiligung an den Bewertungsreserven gemäß § 153 Abs. 1 VVG. Das Verfahren ist in Abs. 4 b) beschrieben.

c) Rückstellung für Beitragsrückerstattung

Für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer wird eine Rückstellung für Beitragsrückerstattung gebildet, soweit die Überschussbeteiligung nicht in Form der sog. Direktgutschrift bereits unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden.

Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56 a des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56 a VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind, oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

d) Die Grundlagen der Tarifkalkulation sind die Tafeln der Münchener Rück MR LTC D 2006+ mod. Den Rechnungszins setzen wir mit 2,25 % an.

Die Bemessungsgrößen für die Überschussbeteiligung werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Tarifkalkulation ermittelt.

2 Bemessungsgrundlage und Fälligkeit für die Überschussanteile und die Beteiligung an den Bewertungsreserven während der Anwartschaft

Der auf Ihre Versicherung entfallende Teil der Überschüsse wird Ihnen in Form von Überschussanteilen (Risiko- und Zinsüberschussanteilen) sowie ggf. eines Schlussüberschussanteils zugeteilt. Außerdem werden Sie an den Bewertungsreserven beteiligt.

a) Risikoüberschussanteil

Einen Risikoüberschussanteil erhalten Sie am Anfang eines jeden Versicherungsjahres.

Die Bemessungsgröße für den Risikoüberschussanteil ist der jeweilige Risikobeitrag für das Pflegefallrisiko, und zwar unterschiedlich für Männer und Frauen.

b) Zinsüberschussanteil

Einen Zinsüberschussanteil erhalten Sie am Ende eines jeden Versicherungsjahres.

Die Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile aus der Versicherung ist das mit dem Rechnungszins um ein halbes Jahr abgezinst mittlere Deckungskapital der Versicherung gemäß § 14 Abs. 4 des am Zuteilungstermin abgelaufenen Versicherungsjahres.

Die Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile aus der Bonusrente (vgl. Abs. 3 a)) ist das mit dem Rechnungszins um ein halbes Jahr abgezinst mittlere Bonusdeckungskapital des am Zuteilungstermin abgelaufenen Versicherungsjahres.

Die Summe der Bemessungsgrößen für die Zinsüberschussanteile aus der Versicherung und der Bonusrente wird "das maßgebende Versicherungsnehmer-Guthaben" genannt.

c) Schlussüberschussanteil

Wir können einen Schlussüberschussanteil für beitragspflichtige Versicherungen gewähren bei

- Tod der versicherten Person während der Beitragszahlungsdauer
 - Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person
 - Ablauf der Beitragszahlungsdauer
- oder
- Kündigung bzw. Beitragsfreistellung der Versicherung.

Bei Ablauf der Beitragszahlungsdauer wird ein Schlussüberschussanteil in voller Höhe fällig.

Bei Tod oder Pflegebedürftigkeit der versicherten Person, bei Kündigung oder Beitragsfreistellung wird der Schlussüberschussanteil fällig, wie er bei Ablauf der Beitragszahlungsdauer fällig werden würde, abgezinst für die Anzahl der ausstehenden Jahre der Beitragszahlungsdauer und gekürzt im Verhältnis der abgelaufenen Dauer zur gesamten Beitragszahlungsdauer.

Die Bemessungsgröße für den Schlussüberschussanteil ist die Summe der überschussberechtigten Beiträge. Dies ist die Summe der Bruttojahresbeiträge (ohne Ratenzuschläge).

Ein Rechtsanspruch auf die Gewährung eines Schlussüberschussanteils besteht nicht.

d) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Sie werden an den Bewertungsreserven beteiligt; die Zuteilung für Ihre Versicherung erfolgt bei

- Tod der versicherten Person
 - Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person
- oder
- vollständiger Kündigung mit Beendigung der Versicherung (vgl. § 16 Abs. 2 a)).

Die Bemessungsgröße für Ihren Anteil an der verteilungsfähigen Bewertungsreserve ist die Summe der Kapitalerträge der bisher abgelaufenen anwartschaftlichen Versicherungsdauer.

Der Kapitalertrag eines Versicherungsjahres besteht dabei aus

- den rechnungsmäßigen Zinsen auf das Deckungskapital gemäß § 14 Abs. 4 und das Bonusdeckungskapital der Bonusrente und
- den Zinsüberschüssen.

(Ausnahme:

Haben Sie die Überschussverwendung Fondsanlage gewählt, werden die Zinsüberschüsse bei der Ermittlung der Bemessungsgröße Ihrer Versicherung nicht berücksichtigt.)

Zum 1. Oktober eines jeden Kalenderjahres wird für jede anspruchsberechtigte Versicherung ein Verteilungsschlüssel für die Beteiligung an der verteilungsfähigen Bewertungsreserve ermittelt. Der Verteilungsschlüssel für Ihre Versicherung ist das Verhältnis der Summe der Kapitalerträge Ihrer Versicherung zur Summe der Kapitalerträge aller anspruchsberechtigten Versicherungen. Der so ermittelte Verteilungsschlüssel gilt für das gesamte folgende Kalenderjahr.

Zum Zuteilungstermin der Bewertungsreserve Ihrer Versicherung erhalten Sie die Hälfte Ihres anhand dieses Verteilungsschlüssels ermittelten Anteils an der verteilungsfähigen Bewertungsreserve, die an dem zugehörigen Stichtag vorhanden ist.

Die Stichtage für die Ermittlung der Höhe der verteilungsfähigen Bewertungsreserve sind bei

- Tod der versicherten Person:
der vierte Tag des Monats des Eingangs der Meldung des Todesfalls

- Eintritt der Pflegebedürftigkeit der versicherten Person:
der vierte Tag des Monats vor Leistungsbeginn aufgrund der Pflegebedürftigkeit
- vollständiger Kündigung:
der vierte Tag des letzten Monats vor dem Wirkungsdatum der Kündigung.

Sofern im Falle einer Pflegebedürftigkeit der Anspruch auf Pflegerente und Beitragsbefreiung gemäß § 1 Abs. 4 erlischt, beginnt zum Zeitpunkt der Einstellung der Leistung gemäß § 12 Abs. 3 erneut das zuvor beschriebene Verfahren für die Beteiligung an den Bewertungsreserven.

3 Verwendung der Überschussanteile und der Beteiligung an den Bewertungsreserven während der Anwartschaft

a) Überschussanteile

Die Zins- und Risikoüberschussanteile werden abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung

- zur Bildung von beitragsfreien Renten (Bonusrenten) oder
 - zum Erwerb von Fondsanteilen
- verwendet.

(Ausnahme:

Haben Sie die Überschussverwendung Fondsanlage gewählt und endet zum Zuteilungstermin eines Überschussanteils die Versicherung wegen Tod oder Kündigung, wird der zu diesem Termin fällig werdende Überschussanteil ausgezahlt. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit wird dieser Überschussanteil zur Bildung von Bonusrenten verwendet.)

Ein ggf. fällig werdender Schlussüberschussanteil wird bei Tod oder Kündigung ausgezahlt. Bei Beitragsfreistellung oder Ablauf der Beitragszahlungsdauer wird der Schlussüberschussanteil zur Bildung von Bonusrenten bzw. bei Überschussverwendung Fondsanlage zum Erwerb von Fondsanteilen verwendet. Bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit wird der Schlussüberschussanteil stets zur Bildung von Bonusrenten verwendet.

Die für Ihre Versicherung vereinbarte Überschussverwendung ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.

Bildung von Bonusrenten

Die Überschussanteile werden zur Bildung von beitragsfreien Renten (Bonusrenten) verwendet, die die versicherte Pflegerente erhöhen.

Bei vollständiger Kündigung mit Beendigung der Versicherung (vgl. § 16 Abs. 2 a)) wird das Deckungskapital der Bonusrente ausgezahlt.

Bei Tod der versicherten Person wird aus der Bonusrente keine Leistung fällig.

Erwerb von Fondsanteilen

(Überschussverwendung Fondsanlage)

Die Überschussanteile werden für den Erwerb von Anteilen des von Ihnen gewählten Fonds verwendet. Sollen Anteile verschiedener Fonds erworben werden, geschieht dies nach dem von Ihnen bestimmten prozentualen Aufteilungsverhältnis.

Der Wert eines Fondsanteils richtet sich nach der Wertentwicklung des jeweiligen Fonds. Die Anzahl der jeweils zu erwerbenden Fondsanteile ergibt sich durch Teilung des anzulegenden Überschusses durch den jeweiligen Rücknahmepreis der Fondsanteile. Dabei ist für die Bewertung der am Stichtag festgestellte Rücknahmepreis maßgebend.

Die Fondsentwicklung kann nicht garantiert werden; das Anlagerisiko tragen Sie. Aufgrund der Fondsentwicklung kann bei Fälligkeit der Leistung ggf. kein Geldwert der Fondsanteile vorhanden sein.

Fondswechsel

Sie können jederzeit beantragen, dass die vorhandenen Fondsanteile ganz oder teilweise in andere Fonds übertragen werden, die für Ihre Versicherung zur Verfügung stehen. Sie müssen gleichzeitig die Aufteilung der künftig anfallenden Überschussanteile auf die gewählten Fonds bestimmen.

Sie können auch schriftlich beantragen, dass zum nächsten Überschusszuteilungstermin die Überschüsse ganz oder teilweise in andere Fonds eingezahlt werden, die für die Versicherung zur Verfügung stehen. Der Antrag muss rechtzeitig vor dem Überschusszuteilungstermin gestellt werden.

Ein Fondswechsel ist erst ab einem Mindestgeldwert aller Fondsanteile von 100 EUR möglich. Sie können beliebig oft einen Fondswechsel beantragen, dreimal innerhalb eines Kalenderjahres ist der Fondswechsel kostenfrei. Für jeden darüber hinausgehenden Wechsel von Fonds wird eine Gebühr in Höhe von 25 EUR erhoben.

Stichtage für die Ermittlung des Geldwerts bei Erwerb oder Veräußerung von Fondsanteilen

- Erwerb von Fondsanteilen anlässlich
- Überschusszuteilung:
der letzte Börsentag des Vormonats

- Fondswechsel:
der Tag der Übertragung

Veräußerung von Fondsanteilen anlässlich

- Fondswechsel:
der Tag der Übertragung
- Kündigung der Versicherung:
der letzte Tag vor dem Wirkungsdatum der Kündigung. Ist dieser Termin kein Börsentag, gilt der erste Börsentag danach als Stichtag.
- Tod der versicherten Person:
der Tag des Eingangs der Meldung des Todesfalls. Ist dieser Termin kein Börsentag, gilt der erste Börsentag danach als Stichtag.
- Eintritt der Pflegebedürftigkeit:
erster Tag des Monats vor Leistungsbeginn. Ist dieser Termin kein Börsentag, gilt der erste Börsentag danach als Stichtag.

Bei Tod oder vollständiger Kündigung mit Beendigung der Versicherung (vgl. § 16 Abs. 2 a)) wird der Geldwert der vorhandenen Fondsanteile ausgezahlt.

Ist für die Anwartschaft die Überschussverwendung Fondsanlage vereinbart, so wird mit Beginn der Pflegebedürftigkeit die Überschussverwendung der Versicherung auf die Bildung von Bonusrenten umgestellt, indem der Geldwert der Fondsanteile in eine Bonusrente umgerechnet wird.

Sofern im Falle einer Pflegebedürftigkeit der Anspruch auf Pflegerente und Beitragsbefreiung gemäß § 1 Abs. 4 erlischt, ist ab dem Zeitpunkt der Einstellung der Leistung gemäß § 12 Abs. 3 die Überschussverwendung Fondsanlage nicht mehr möglich.

b) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Wird Ihrer Versicherung eine Beteiligung an den Bewertungsreserven zugeteilt (vgl. Abs. 2 d)), so wird dieser Betrag grundsätzlich ausgezahlt. Nur bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit wird der Betrag zur Bildung von Bonusrenten verwendet.

4 Bemessungsgrundlage, Fälligkeit und Verwendung der Überschussanteile und der Beteiligung an den Bewertungsreserven im Leistungsbezug

a) Überschussanteile

Sie erhalten am Ende eines jeden Versicherungsjahres Zinsüberschussanteile.

Die Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile ist das am Zuteilungstermin vorhandene Deckungskapital der Versicherung.

Die Zinsüberschussanteile werden zur Erhöhung der laufenden Pflegerente verwendet. Das heißt: Mit dem am Zuteilungstermin fälligen Zinsüberschussanteil wird das Deckungskapital der laufenden Pflegerente erhöht. Um den Prozentsatz, um den sich das Deckungskapital erhöht, erhöht sich danach die laufende Pflegerente. Am Ende des Versicherungsjahres, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, erfolgt die Erhöhung jedoch nur anteilig für die zurückgelegten vollen Monate der Pflegebedürftigkeit.

b) Bewertungsreserven

Sie erhalten am Ende eines jeden Versicherungsjahres Bewertungsreservenüberschussanteile.

Die Bemessungsgröße für die Bewertungsreservenüberschussanteile entspricht der Bemessungsgröße für die Zinsüberschussanteile gemäß Abs. a).

Für die Bewertungsreservenüberschussanteile gilt dieselbe Überschussverwendung wie für die Zinsüberschussanteile.

5 Änderungsmöglichkeit der Verwendung zukünftiger Überschüsse
Sollte sich nach Vertragsabschluss aufgrund von Umständen, die bei Vertragsabschluss nicht vorhersehbar waren, herausstellen, dass die unserer Tariffkalkulation zugrunde liegenden Rechnungsgrundlagen aufgrund eines unerwartet starken Anstiegs der Pflegebedürftigkeit oder der Lebenserwartung voraussichtlich nicht mehr ausreichen, um dauerhaft die Zahlung der garantierten Pflegerente sicherzustellen und aufgrund

- aufsichtsrechtlicher Vorgaben oder
- offizieller Stellungnahmen der allgemein anerkannten Berufsvereinigung der Aktuar (etwa Fachgrundsätze der Deutschen Aktuarvereinigung e.V.) oder
- Feststellungen des Verantwortlichen Aktuars wegen unverschuldeten, nicht vorhersehbarer Veränderung unternehmensindividueller Risiken

angepasste Rechnungsgrundlagen für die Berechnung der Deckungsrückstellungen verwendet werden müssen, ist eine Auffüllung der Deckungsrückstellung für Ihre Versicherung erforderlich. Wir können vom Zeitpunkt der Notwendigkeit der Auffüllung an die für Ihre Versicherung künftig anfallenden Überschüsse (vgl. Abs. 3 und 4) ganz oder teilweise so lange zur Refinanzierung der Auffüllung verwenden, bis die Refinanzierung abgeschlossen ist. Über eine solche Änderung informieren wir Sie schriftlich vor Beginn der Auffüllung, spätestens 2 Jahre nach Feststellung der Notwendigkeit der Auffüllung.

Die Änderung hat zur Folge, dass für Ihre Versicherung in der Zeit der Refinanzierung keine Überschüsse gutgeschrieben werden. Ihre versicherten Leistungen und schon erreichten Leistungen aus der Überschussbeteiligung bleiben unberührt.

Beitragszahlung

§ 5 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

1 Die Beiträge zu Ihrer Pflegerentenversicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Beitrag (Einmalbeitrag) oder durch jährliche Beitragszahlungen (Jahresbeiträge) entrichten. Die Jahresbeiträge werden zu Beginn eines jeden Versicherungsjahres fällig.

2 Nach Vereinbarung können Sie die Jahresbeiträge auch in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zahlen; hierfür werden Ratenzuschläge erhoben.

3 Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Versicherungsvertrages zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) sind jeweils zum vereinbarten Fälligkeitstag an uns zu zahlen.

4 Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Haben Sie mit uns die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn wir den Beitrag zu dem im Versicherungsschein angegebenen Fälligkeitstag einziehen können und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

5 Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.

§ 6 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

1 Erster oder einmaliger Beitrag (Einlösungsbeitrag)

a) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen (vgl. § 5 Abs. 4), können wir - solange die Zahlung nicht bewirkt ist - vom Versicherungsvertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Kosten der zur Gesundheitsprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

Darüber hinaus steht uns eine besondere Gebühr für die Bearbeitung Ihres Vertrages zu. Diese Gebühr, die unserem durchschnittlichen Aufwand entspricht, beträgt 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres bzw. 3 % des Einmalbeitrags. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Gebühr zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt diese Gebühr bzw. wird - im letzteren Fall - entsprechend herabgesetzt.

b) Ist der Einlösungsbeitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, sofern wir Sie durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2 Folgebeitrag

Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder eingezogen werden konnte (vgl. § 5 Abs. 4), erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens 2 Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, so entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

§ 7 Welche Möglichkeiten haben Sie bei Zahlungsschwierigkeiten?

Bei Zahlungsschwierigkeiten bieten wir Ihnen auf Ihren schriftlichen Antrag die Möglichkeit, dass

- Ihnen die Beiträge gestundet werden (höchstens für 6 Monate) oder dass
- die versicherte Pflegerente herabgesetzt wird, sofern die herabgesetzte Pflegerente nicht unter den in § 15 Abs. 1 b) festgelegten Mindestbetrag sinkt.

Eine Stundung ist möglich, wenn die Versicherung seit mindestens zwei Jahren besteht und Sie entweder arbeitslos sind oder sich in der gesetzlichen Elternzeit befinden. Die Arbeitslosigkeit oder die Elternzeit müssen uns entsprechend nachgewiesen werden, z. B. durch einen Bescheid der zuständigen Agentur für Arbeit. Den Wegfall der Arbeitslosigkeit oder der Elternzeit während des Stundungszeitraums müssen Sie uns unverzüglich anzeigen.

Beginn des Versicherungsschutzes

§ 8 Wie kommt Ihr Vertrag zustande und wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

1 Ihr Versicherungsvertrag kann auf unterschiedliche Weise zustande kommen:

- Stellen Sie einen Antrag auf Abschluss der Versicherung uns gegenüber, liegt Ihre Vertragserklärung in dem durch Sie unterzeichneten Antrag. Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn Ihnen unsere ausdrückliche schriftliche Annahmeerklärung oder der Versicherungsschein zugegangen ist (sog. Antragsverfahren).
- Erhalten Sie dagegen auf Ihre Angebotsanfrage von uns ein Angebot auf Abschluss eines Versicherungsvertrages, liegt Ihre Vertragserklärung in der durch Sie unterzeichneten schriftlichen Annahme unseres Angebotes. Der Versicherungsvertrag kommt zustande, wenn uns Ihre Annahmeerklärung (schriftlich) zugegangen ist (sog. Invitativverfahren).

2 Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Versicherungsvertrag zustande gekommen ist (vgl. Abs. 1). Vor dem im Versicherungsschein angegebenen Beginn der Versicherung besteht jedoch noch kein Versicherungsschutz.

Soweit Sie den ersten oder einmaligen Beitrag oder einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, entfällt Ihr Versicherungsschutz unter den § 6 Abs. 1 b) und 2 genannten Voraussetzungen.

§ 9 Können Sie Ihre Vertragserklärung widerrufen?

1 Sie können innerhalb einer Frist von 30 Tagen Ihre Vertragserklärung (vgl. § 8 Abs. 1) in Textform widerrufen. Eine Begründung muss Ihr Widerruf nicht enthalten. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerrufs.

2 Die Widerrufsfrist beginnt zu dem Zeitpunkt, zu dem Ihnen die folgenden Unterlagen in Textform zugegangen sind:

- der Versicherungsschein und die Vertragsbestimmungen einschließlich der Allgemeinen Bedingungen sowie der weiteren für den Vertragsinhalt maßgeblichen Verbraucherinformationen nach § 7 Abs. 1 und 2 VVG

und

- eine deutlich gestaltete Belehrung über das Widerrufsrecht und über die Rechtsfolgen des Widerrufs (vgl. Abs. 3).

3 In der Belehrung informieren wir Sie über

- Ihre Rechte,
 - unseren Namen und Anschrift als Empfänger Ihres Widerrufs,
 - den Fristbeginn und Fristablauf des Widerrufs,
 - das Erfordernis der Textform des Widerrufs,
 - die mangelnde Verpflichtung zur Begründung des Widerrufs
- und
- die Rechtsfolgen und den zu zahlenden Betrag.

Die Belehrung werden wir Ihnen zusammen mit dem Versicherungsschein übermitteln.

4 Widerrufen Sie Ihre Vertragserklärung (vgl. § 8 Abs. 1), so erstatten wir Ihnen den auf die Zeit nach Zugang Ihres Widerrufs entfallenden Teil der Beiträge.

Für den anderen Teil der Beiträge gilt Folgendes:

- Haben wir Sie nach Abs. 3 ordnungsgemäß belehrt und haben Sie zugestimmt, dass der Versicherungsschutz vor Ende der Widerrufsfrist beginnt, so erhalten Sie von uns zusätzlich den aus diesen Beiträgen errechneten Rückkaufswert (gemäß § 14 ohne Berücksichtigung von Abschlusskosten) einschließlich der Beteiligung an den Überschüssen gemäß § 4.
- Anderenfalls erhalten Sie zusätzlich den Rückkaufswert (gemäß § 14 ohne Berücksichtigung von Abschlusskosten) einschließlich der Beteiligung an den Überschüssen gemäß § 4 oder, wenn dies für Sie günstiger ist, erstatten wir Ihnen die bereits gezahlten Beiträge - höchstens jedoch die Beiträge für das 1. Jahr; dies gilt nicht, wenn Sie bereits Leistungen aus dem Versicherungsvertrag in Anspruch genommen haben.

Die Erstattung der ganz oder teilweise zurückzahlenden Beiträge werden wir unverzüglich, spätestens 30 Tage nach Zugang Ihres Widerrufs vornehmen.

Eintritt des Versicherungsfalls, Mitwirkungspflichten, Nachprüfung

§ 10 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt bzw. bezogen werden?

1 Werden Leistungen aus dieser Versicherung verlangt, so sind uns unverzüglich folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Umfang, Verlauf und voraussichtliche Dauer der Pflegebedürftigkeit; die Berichte müssen Auskunft über den Umfang und die Art des Hilfebedarfs bei der Ausübung der Grundfähigkeiten (vgl. § 2 Abschnitt II) geben;

- c) einen ausführlichen Bericht der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
- d) bei Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch zusätzlich der gültige Bescheid eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung über Leistungen nach § 15 des Sozialgesetzbuches XI, sofern dieser Bescheid auf dem Gesetz in der Fassung vom 19.12.2007 beruht.

Die hierdurch entstehenden Kosten hat der Ansprucherhebende zu tragen.

2 Bei Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist uns zusätzlich ein Gutachten eines Facharztes für Neurologie einzureichen, das auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests erstellt wurde. Wir übernehmen hierfür die Kosten.

3 Werden Assistance-Leistungen (vgl. § 1 Abs. 1 d)) verlangt, ist uns eine schriftliche Bescheinigung des behandelnden Arztes einzureichen, aus der sich ergibt, dass Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen vermutet wird.

4 Wir können außerdem - dann ebenfalls auf unsere Kosten - weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.

Personenbezogene Gesundheitsdaten dürfen wir nur bei Ärzten, Krankenhäusern und sonstigen Krankenanstalten sowie Pflegeheimen, bei denen die versicherte Person in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, anderen Personenversicherern, gesetzlichen Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden erheben, soweit die Kenntnis der Daten für die Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich ist und die versicherte Person eine Einwilligung erteilt hat.

Wir werden die versicherte Person vor einer Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten unterrichten. Die versicherte Person kann eine Ermächtigung zur Einholung dieser Auskünfte verweigern oder einer bereits erteilten Ermächtigung widersprechen.

Verweigert die versicherte Person die Erhebung personenbezogener Daten oder widerspricht sie einer bereits erteilten Ermächtigung, führt dieses unter den Voraussetzungen des § 13 zur Leistungsfreiheit, soweit uns nicht anderweitig geeignete Nachweise - im Original - eingereicht werden, die uns eine Prüfung der Pflegebedürftigkeit im Sinne der Bedingungen ermöglichen.

Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir die Untersuchungskosten sowie die Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten werden jedoch höchstens die Kosten der Bahnfahrt 2. Klasse bzw. die Flugkosten für Flüge in der Economyklasse erstattet. Die Übernachtungskosten werden von uns höchstens bis zu einem Betrag von 75 EUR pro Übernachtung übernommen.

5 Die versicherte Person ist verpflichtet, geeignete Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen bzw. vornehmen zu lassen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.

6 Wird eine Erhöhung der Leistungen wegen einer höheren Pflegestufe verlangt, so gelten die Absätze 1 und 2 sinngemäß.

7 Eine Minderung der Pflegebedürftigkeit müssen Sie uns unverzüglich mitteilen.

8 Wir können vor jeder Rentenzahlung auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

9 Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

10 Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in das Ausland trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

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

Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform, ob wir eine Leistungspflicht anerkennen. Unsere Erklärung geben wir innerhalb von 4 Wochen nach dem Zeitpunkt ab, zu dem uns die für die Leistungsprüfung relevanten und gemäß § 10 von uns angeforderten Unterlagen vorliegen. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle 6 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich befristeten Anerkenntnisse aus. Wir können aber in begründeten Einzelfällen einmalig ein

zeitlich befristetes Anerkenntnis bis zu 12 Monaten aussprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend. Innerhalb dieses Zeitraums führen wir keine Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit durch.

§ 12 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

1 Wir sind berechtigt, das Bestehen und den Umfang der Pflegebedürftigkeit nachzuprüfen. Zu Unrecht empfangene Leistungen sind an uns zurückzuzahlen.

2 Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Die Bestimmungen des § 10 Abs. 4 bis 8 gelten entsprechend.

Verweigert die versicherte Person die Erhebung personenbezogener Daten oder widerspricht sie einer bereits erteilten Ermächtigung (vgl. § 10 Abs. 4), führt auch dieses unter den Voraussetzungen des § 13 zur Leistungsfreiheit, wenn uns nicht anderweitig geeignete Nachweise - im Original - eingereicht werden, die uns eine Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit entsprechend Abs. 1 ermöglichen.

3 Hat sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit auf eine niedrigere Pflegestufe verringert, so setzen wir unseren Leistungsumfang entsprechend herab. Falls die Pflegebedürftigkeit unter den Umfang der Pflegestufe I sinkt, werden wir von der Leistung frei. In diesen Fällen legen wir Ihnen die Veränderung in Textform dar und teilen die Herabsetzung bzw. Einstellung unserer Leistungen dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Herabsetzung bzw. Einstellung unserer Leistungen wird frühestens mit Ablauf des 3. Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss, sofern die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist, die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 10 oder § 12 Abs. 2 von Ihnen, der versicherten Person oder dem Anspruchserhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistungen in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt wurde. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Rückkaufswert

§ 14 Wie berechnet sich Ihr Rückkaufswert?

1 Allgemeine Regelung

Der Rückkaufswert ist das nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode (bei beitragsfreien Versicherungen: für den Schluss des laufenden Monats) berechnete Deckungskapital.

Das Deckungskapital Ihrer Versicherung ist der Betrag, den wir aus Ihren Beiträgen zur Erfüllung unserer vertraglichen Leistungen bilden.

2 Zillmerung der Abschlusskosten

Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Kosten. Diese so genannten **Abschlusskosten** (§ 43 Abs. 2 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung) sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt. Für Ihren Versicherungsvertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung (Zillmerverfahren oder **Zillmerung**) maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung der Abschlusskosten herangezogen, soweit sie nicht für Leistungen im Versicherungsfall und Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode bestimmt sind und nicht zur Bildung einer erhöhten Deckungsrückstellung für den Mindestrückkaufswert (vgl. Abs. 4) benötigt werden (§ 25 Abs. 2 der Versicherungsunternehmens-Rechnungslegungsverordnung). Der so zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 4 % der von Ihnen während der Laufzeit der Versicherung zu zahlenden Beiträge beschränkt.

3 Konsequenzen der Zillmerung

Die Zillmerung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung kein Deckungskapital und damit - vorbehaltlich der Regelung des Abs. 4 - kein Rückkaufswert vorhanden ist und erst in späteren Jahren die Summe der eingezahlten Beiträge erreicht wird.

4 Mindestrückkaufswert

Nur bei Kündigung oder Beitragsfreistellung ist der Rückkaufswert mindestens der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der Abschlusskosten auf die ersten 5 Jahre der

Versicherungsdauer ergibt (Mindestrückkaufswert). Sofern die Versicherungsdauer weniger als 5 Jahre beträgt, werden die Abschlusskosten auf die Versicherungsdauer verteilt.

Wird im Folgenden der Begriff "Rückkaufswert" bei einer Kündigung oder Beitragsfreistellung verwendet, ist stets der Mindestrückkaufswert gemeint.

5 Abzug vom Rückkaufswert

a) Wir sind berechtigt, den Rückkaufswert um einen **Abzug** in Höhe von 50 EUR zu vermindern. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so wird dieser Abzug nicht in Rechnung gestellt.

Wird in anderen Bestimmungen dieser Bedingungen - außer bei der Beitragsfreistellung (vgl. § 16 Abs. 3) - der Begriff "Rückkaufswert" verwendet, ist stets das Deckungskapital vermindert um den Abzug gemeint. Bei einer Beitragsfreistellung wird auf den Abzug verzichtet.

b) Mit dem Abzug werden die Verwaltungsgebühren für die Geschäftsvorfälle, die eine Berechnung des Rückkaufswertes auslösen, abgegolten.

Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem Abzug zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Abzug wesentlich niedriger zu beziffern ist, entfällt der Abzug bzw. wird - im letzteren Falle - entsprechend herabgesetzt.

6 Befristete Herabsetzung des Rückkaufswertes

Wir sind nach § 169 Abs. 6 VVG berechtigt, den Rückkaufswert angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf 1 Jahr befristet.

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 15 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen oder beitragsfrei stellen?

1 Kündigung

a) Zeitpunkt

Sie können Ihre Versicherung jederzeit - jedoch nur solange wir keine Versicherungsleistungen wegen Pflegebedürftigkeit zahlen - zum Schluss des laufenden Versicherungsjahres schriftlich kündigen. Bei Vereinbarung von Ratenzahlungen können Sie auch innerhalb des Versicherungsjahres mit einer Frist von einem Monat zum Schluss eines jeden Beitragszahlungsabschnitts kündigen.

b) Umfang

Sie können Ihre Versicherung ganz oder teilweise kündigen. Kündigen Sie Ihre Versicherung nur teilweise, so ist diese Kündigung unwirksam, wenn die verbleibende beitragspflichtige Pflegerente oder der weiterzuzahlende Beitrag den jeweiligen festgelegten Mindestbetrag nicht erreicht. Wenn Sie in diesem Falle Ihre Versicherung beenden wollen, müssen Sie also die Versicherung insgesamt kündigen.

Die jährliche Mindestrente beträgt 600 EUR.

Für beitragspflichtige Versicherungen beträgt der jährliche Mindestbeitrag 180 EUR.

2 Beitragsfreistellung

Anstelle einer Kündigung nach Abs. 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen schriftlich verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

§ 16 Was passiert, wenn Sie Ihre Versicherung kündigen oder die Beitragsfreistellung verlangen?

1 Wirtschaftliche Nachteile einer Kündigung oder Beitragsfreistellung

a) Keine Rückzahlung der Beiträge

Die Rückzahlung der Beiträge können Sie in keinem Fall verlangen.

b) Abzug bei Kündigung

Wird im Fall Ihrer Kündigung ein Rückkaufswert ausgezahlt (vgl. Abs. 2 a)), erheben wir den **Abzug** gemäß § 14 Abs. 5.

c) Verteilung der Abschlusskosten

Bei der Ermittlung des Mindestrückkaufswertes (vgl. § 14 Abs. 4) werden die Abschlusskosten gleichmäßig auf die ersten 5 Jahre der Versicherungsdauer verteilt. Sofern die Versicherungsdauer weniger als 5 Jahre beträgt, werden die Abschlusskosten auf die Versicherungsdauer verteilt.

d) Konsequenzen

Die Verteilung der Abschlusskosten und der Abzug bei Kündigung haben zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden ist. Die Einzelheiten speziell für Ihre Versicherung können Sie der in Ihrem Versicherungsschein abgedruckten Tabelle der **garantierten Rückkaufswerte und der beitragsfreien Pflegerenten** entnehmen. Die in der Tabelle genannten **Garantiebeträge** stehen unter dem Vorbehalt, dass Sie Ihre Beiträge bis zur Kündigung oder Beitragsfreistellung immer vereinbarungsgemäß gezahlt haben, also keine Beitragsrückstände bestehen.

2 Kündigung der Versicherung

a) Vollständige Kündigung

Wenn Sie Ihre Versicherung nach § 15 Abs. 1 kündigen, bewirkt dies die Umwandlung der Versicherung in eine beitragsfreie, wenn die nach Abs. 3 a) berechnete beitragsfreie Pflegerente den in § 15 Abs. 1 b) festgelegten Mindestbetrag erreicht.

Wird bei Kündigung die Mindestrente nicht erreicht, so erlischt Ihre Versicherung und Sie erhalten den Rückkaufswert gemäß § 14.

Etwasige Beitragsrückstände werden von dem Rückkaufswert abgezogen.

Zusätzlich zum Rückkaufswert Ihrer Versicherung werden, abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung, fällig

- das Deckungskapital der Bonusrente (vgl. § 4 Abs. 3 a) oder
- der Geldwert der Fondsanteile (vgl. § 4 Abs. 3 a) und
- ggf. ein anteiliger Schlussüberschussanteil (vgl. § 4 Abs. 2 c) und
- ggf. die Hälfte des auf Ihre Versicherung entfallenden Anteils an den Bewertungsreserven, die zum Stichtag, der für Ihre Kündigung gilt, vorhanden sind (vgl. § 4 Abs. 2 d)).

b) Garantiebetrug

Vom Rückkaufswert garantieren wir Ihnen einen Betrag, dessen Höhe vom Zeitpunkt der Beendigung der Versicherung abhängt (vgl. die im Versicherungsschein abgedruckte Tabelle der garantierten Rückkaufswerte und der beitragsfreien Pflegerenten, die unter dem Vorbehalt steht, dass keine Beitragsrückstände bestehen).

Aus Kostengründen werden Rückkaufswerte unter 10 EUR nicht ausbezahlt, sofern kein weiterer Zahlungsvorgang (z. B. eine Beitragsrückzahlung) erfolgt.

c) Teilweise Kündigung

Wenn Sie Ihre Versicherung nur teilweise kündigen, werden der Beitrag und die Pflegerente in der gleichen Weise herabgesetzt wie bei einer teilweisen Beitragsfreistellung (vgl. Abs. 3 b)).

3 Beitragsfreistellung

a) Verlangen vollständiger Beitragsfreistellung

Haben Sie vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so setzen wir die versicherte Pflegerente auf eine beitragsfreie Pflegerente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen für die Beitragskalkulation für den Schluss des laufenden Beitragszahlungsabschnitts errechnet wird. Der aus Ihrer Versicherung für die Bildung der beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung stehende Betrag ist der Rückkaufswert (vgl. § 14). Etwasige Beitragsrückstände führen zu einer Verringerung der beitragsfreien Pflegerente.

Die so errechnete beitragsfreie Pflegerente garantieren wir Ihnen (vgl. die im Versicherungsschein abgedruckte Tabelle der garantierten Rückkaufswerte und der beitragsfreien Pflegerenten, die unter dem Vorbehalt steht, dass keine Beitragsrückstände bestehen).

Ihr Antrag führt nur zur beitragsfreien Fortsetzung der Versicherung, wenn die so errechnete beitragsfreie Pflegerente den in § 15 Abs. 1 b) festgelegten Mindestbetrag erreicht, anderenfalls erhalten Sie unter Beendigung des Versicherungsvertrages den Rückkaufswert (vgl. Abs. 2 a)).

b) Verlangen teilweiser Beitragsfreistellung

Haben Sie nur eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt, so wird die Versicherung mit herabgesetztem Beitrag und einer nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herabgesetzten Pflegerente fortgesetzt.

Ihr Antrag ist jedoch nur wirksam, sofern die herabgesetzte Pflegerente und der herabgesetzte Beitrag die in § 15 Abs. 1 b) festgelegten Mindestbeträge erreichen. Anderenfalls können Sie nur die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragen (vgl. a)).

Kosten

§ 17 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

1 Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir - soweit nichts anderes vereinbart ist - die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschalen Abgeltungsbetrag gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein
- schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Verzug mit Beiträgen
- Rückläufem im Lastschriftverfahren
- Durchführung von Vertragsänderungen.

§ 6 Abs. 1 a) bleibt unberührt.

2 Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt der Abgeltungsbetrag bzw. wird im letzteren Fall - entsprechend herabgesetzt.

3 Abschlusskosten werden nicht gesondert in Rechnung gestellt. Für sie gilt § 14 Abs. 2 und 3.

Versicherungsschein, Mitteilungen, Bezugsrecht

§ 18 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

1 Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Versicherungsvertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

2 In den Fällen des § 20 Abs. 4 erkennen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann an, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

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

1 Wir weisen Sie in den vor- und nachstehenden Bestimmungen jeweils darauf hin, ob Ihre das Versicherungsverhältnis betreffenden Mitteilungen und Erklärungen uns gegenüber schriftlich (eigenhändig von Ihnen unterzeichneter Brief) oder in Textform (z. B. als E-mail oder Fax) zu erfolgen haben.

2 Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können; unsere Erklärung gilt 3 Tage nach der Absendung dieses Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

3 Bei Änderung Ihres Namens gilt Abs. 2 entsprechend.

4 Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, sollten Sie uns - auch in Ihrem Interesse - eine im Inland ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 20 Wer erhält die Versicherungsleistungen?

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

2 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 aufgehoben werden.

3 Sie können Ihre Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag weder abtreten noch verpfänden.

4 Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (vgl. Abs. 1 und 2) sind nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Anzeigepflichten

§ 21 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

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

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

§ 22 Was passiert, wenn Sie Ihre vorvertragliche Anzeigepflicht verletzen?

I Rücktritt

1 Wenn gemäß § 21 Abs. 1 erfragte Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder der versicherten Person (vgl. § 21 Abs. 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

2 Im Fall des Rücktritts besteht kein Versicherungsschutz. Haben wir den Rücktritt nach Eintritt des Versicherungsfalles erklärt, bleibt unsere Leistungspflicht jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass der nicht oder nicht richtig angegebene Umstand weder für den

Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war. Haben Sie die Anzeigepflicht arglistig verletzt, sind wir auch dann nicht zur Leistung verpflichtet.

3 Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert (vgl. § 14). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

II Kündigung

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

2 Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn Sie uns nachweisen, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten oder Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

3 Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (vgl. § 16 Abs. 3).

III Rückwirkende Vertragsanpassung

1 Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf eine Vertragsanpassung.

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

IV Ausübung unserer Rechte

1 Unsere Rechte auf Rücktritt, Kündigung oder Vertragsanpassung stehen uns nur zu, wenn wir Sie rechtzeitig vor Vertragsabschluss durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte 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. Innerhalb der jeweiligen Frist nach Satz 2 dürfen wir weitere Umstände zur Begründung unserer Erklärung angeben.

2 Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nicht berufen, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

3 Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von 5 Jahren seit Vertragsabschluss ausüben, bei Eintritt des Versicherungsfalles während der ersten 5 Jahre auch noch nach Ablauf dieser Frist. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist 10 Jahre.

V Anfechtung

Wir können den Versicherungsvertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmeerklärung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, so können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Abschnitt I Abs. 3 gilt entsprechend.

VI Leistungserweiterung/Wiederherstellung der Versicherung

§ 21 und die Abschnitte I bis V gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Abschnitt IV Abs. 3 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

VII Erklärungsempfänger

Die Ausübung unserer Rechte erfolgt durch eine schriftliche Erklärung, die Ihnen gegenüber abzugeben ist.

Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Versicherungsvertrages können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

Ausschlussklauseln

§ 23 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

1 Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zur Pflegebedürftigkeit gekommen ist.

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

- unmittelbar oder mittelbar durch
 - Kriegs- oder Bürgerkriegsereignisse, es sei denn, das die Pflegebedürftigkeit verursachende Ereignis tritt während eines Auf-

- enthalt der versicherten Person außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ein, und die versicherte Person war an den kriegerischen Ereignissen nicht aktiv beteiligt
- innere Unruhen, sofern die versicherte Person aufseiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person; fahrlässige Verstöße, z. B. im Straßenverkehr, sind hiervon nicht betroffen;
- durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder mehr als altersentsprechendem Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder der Bezugsberechtigte vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- durch Strahlen aufgrund von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder eine vergleichbare Einrichtung tätig wurde. Wenn die versicherte Person berufsmäßig diesem Risiko ausgesetzt ist, werden wir leisten;
- unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen bei terroristischen Akten oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen bei terroristischen Akten, sofern es durch den Einsatz oder das Freisetzen zu einer nicht kalkulierbaren Häufung von Leistungsfällen in einer Höhe kommt, bei der die Erfüllbarkeit nicht betroffener Verträge nicht mehr gewährleistet werden kann.

Sonstiges

§ 24 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 25 Welches Gericht ist zuständig?

1 Sie können Ansprüche aus Ihrem Versicherungsvertrag gegen uns bei dem für unseren Geschäftssitz örtlich zuständigen Gericht geltend machen. Sie können auch das Gericht des Ortes anrufen, an dem Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

2 Wir müssen Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag gegen Sie bei dem Gericht geltend machen, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts örtlich zuständig ist.

3 Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Gemeinschaft, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte der Bundesrepublik Deutschland zuständig, wo wir unseren Sitz haben.

Änderungsvorbehalte

§ 26 Wann können wir den Beitrag oder die Leistung für Ihre Versicherung ändern?

1 Wir sind nach § 163 VVG berechtigt, den Beitrag für Ihre Versicherung neu festzusetzen, wenn

- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht vorausehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags verändert hat,
- der nach den berechtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistungen zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die vorbezeichneten Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

Wir sind zur Neufestsetzung des Beitrags insoweit nicht berechtigt, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

2 Sie können verlangen, dass anstelle einer Erhöhung des Beitrags gemäß Abs. 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

3 Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des Abs. 1 zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

4 Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, der auf die Mitteilung der Neufestsetzung oder der Herabsetzung und der hierfür maßgeblichen Gründe an Sie folgt.

§ 27 Wann können die vorstehenden Bestimmungen geändert werden?

1 Wir sind nach § 164 VVG unter folgenden Voraussetzungen zur Änderung der Bestimmungen dieses Vertrages berechtigt:

Ist eine Bestimmung in unseren Allgemeinen Bedingungen durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch einen bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrages notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag

ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

2 Die neue Regelung wird 2 Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

Anhang zu den Bedingungen für die Pflegerentenversicherung (PflegePREMIUM)

Assistance-Leistungen

Wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen von dem behandelnden Arzt vermutet wird und Sie bei uns einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegerentenversicherung stellen, werden wir nicht nur prüfen, ob und ab wann wir die vertraglichen Leistungen zahlen, sondern wir bieten Ihnen ausführliche Beratung und Unterstützung; hierfür nutzen Sie bitte unser Notfall-Telefon mit der Nummer 040-4124 4948. Unsere Assistance-Leistungen werden nachfolgend im Einzelnen dargestellt.

Ein Anspruch auf Übernahme der Entgelte (Kostenübernahme) für die vermittelten bzw. organisierten Dienste besteht nur für die unter Punkt 3 genannten Dienstleistungen in dem dort genannten Rahmen:

1 Pflegeheimplatzgarantie

Der Versicherer vermittelt und organisiert einen Platz in einer vollstationären Pflegeeinrichtung. Voraussetzung ist, dass eine häusliche bzw. teilstationäre Pflege im Sinne der sozialen Pflegepflichtversicherung bzw. privaten Pflegepflichtversicherung nicht möglich ist oder wegen der Besonderheit des einzelnen Falles nicht in Betracht kommt.

Der Versicherer garantiert die Unterbringung der versicherten Person in einer vollstationären Pflegeeinrichtung innerhalb von 24 Stunden. Der Pflegeplatz wird möglichst im nahen Umkreis des bisherigen Wohnsitzes zur Verfügung gestellt.

Sofern dieser zur Verfügung gestellte Pflegeheimplatz mittelfristig nicht den Anforderungen entspricht, unterstützt der Versicherer bei der Suche und organisiert einen langfristig gewünschten oder geeigneten vollstationären Pflegeheimplatz.

2 Pflege-Manager

Der Pflege-Manager leistet folgende Beratungen sowie die Benennung und Vermittlung von Pflegedienstleistungen:

Beratungs-Service

- Allgemeine Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung gem. SGB XI
- Beratung und Begleitung von Pflegeeinstufungen
- Beratung zur Finanzierung von Pflegeleistungen und Heimplätzen
- Beratung innerhalb des Entlassungsmanagements (Kurzfristige Sicherung von Versorgungssituationen nach dem Krankenhausaufenthalt)
- Beratung zu Pflegeleistungen, haushaltsunterstützenden Dienstleistungen und Beratung zu Kuren
- Beratung zu Freizeit-, Bildungs- und Reiseangeboten für Pflegebedürftige und deren Angehörige
- Beratung und Begleitung im Rahmen des Antragsverfahrens einer Schwerbehinderung, inkl. Widerspruchsverfahren, Wohn- und Wohnraumberatung
- Beratung und Begleitung der Sozialhilfeantragstellung, inkl. Widerspruchsverfahren
- Fachberatung zu speziellen Krankheitsbildern (Depressionen, Parkinson, Demenz)
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen

Vermittlung von Dienstleistern

- Vermittlung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Vermittlung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Vermittlung von Tag- und Nachtwache

Benennung von Dienstleistern

- Benennung von ambulanten häuslichen Pflegediensten
- Benennung von teilstationären Pflegeeinrichtungen
- Benennung von Kurzzeitpflegeeinrichtungen
- Benennung von Ersatzpflegekräften
- Benennung von Ärzten und Fachärzten
- Benennung eines 24-Stunden Notruf
- Benennung einer Tag- und Nachtwache

Vermittlung von Betreuung für Angehörige

- Vermittlung von Selbsthilfegruppen
- Vermittlung von Beratungseinrichtungen

3 Vermittlung und Organisation mit Kostenübernahme

Vermittelt und organisiert werden folgende Dienstleistungen. Die von den Dienstleistern erhobenen Entgelte werden dabei bis zu 10 Wochen nach Eintritt des Versicherungsfalles übernommen (Kostenübernahme) - insgesamt jedoch nicht mehr als 2.000 EUR im Kalenderjahr.

Begleitservice

Organisation eines Begleitservices zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien

Fahrdienst

Zweimal in der Woche wird ein Fahrdienst zu Ärzten, Behörden, Krankengymnastik und Therapien organisiert

Menüservice

Organisation und Kostenübernahme einer Essenslieferung nach vorheriger Auswahl durch einen Sozialdienst. Je nach Verfügbarkeit tägliche oder wöchentliche Anlieferung.

Besorgungen/Einkäufe

Bis zu zweimal in der Woche werden folgende Besorgungen durchgeführt, sofern die Notwendigkeit hierfür besteht. Zusammenstellung des Einkaufszettels für Gegenstände des täglichen Bedarfs, Botengänge zur Bank, Sparkasse oder zu den Behörden, das Besorgen von Rezepten oder Medikamenten, der Einkauf von Lebensmitteln und Gegenständen des täglichen Bedarfs einschließlich Unterbringung der besorgten Gegenstände sowie das Bringen von Wäsche zur Reinigung und deren Abholung.

Reinigung der Wohnung (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche wird innerhalb der Wohnung/des Hauses der versicherten Person der übliche Wohnbereich (z.B. Flur, Schlafzimmer, Wohnzimmer, Küche, Bad und Toilette) im allgemein üblichen Umfang gereinigt. Voraussetzung ist, dass die Räume in einem ordnungsgemäßen Zustand waren.

Versorgung der Wäsche (Haushaltshilfe)

Einmal in der Woche werden die Wäsche und Kleidung der versicherten Person gewaschen, getrocknet, gebügelt, ausgebessert, sortiert und eingeräumt sowie ihre Schuhe gepflegt.

Pfleges Schulung für Angehörige

Organisiert wird eine Pflegeschulung für maximal zwei pflegende Personen. Übernommen werden einmalig die Kosten von 150 EUR pro pflegende Person.

4 Reha Management

4.1 Informationsdienstleistungen

Die versicherte Person wird unterstützt mit Informationen, Telefonnummern, Adressen und Erreichbarkeit von:

- Rehabilitationsberatern
- Behindertentransport-Möglichkeiten
- Selbsthilfegruppen
- Behindertengerechtes Bauen/Umbauen
- Kraftfahrzeughilfe
- Verbänden und Institutionen
- Sozialen Einrichtungen (Pflegepersonal, Essen auf Rädern, Krankenpflegepersonal, Haushaltshilfen, Einkaufshilfen)
- Krankentransportmöglichkeiten in eine andere Klinik, Heim oder von/an den eigenen Wohnsitz
- Möglichkeiten einer betreuten Rückkehr ins eigene Heim, wenn Angehörige oder nahe stehende Personen verhindert sind
- praktischen Ärzten in Wohnortnähe
- Gartenhelfern, Kinderbetreuern und Nachhilfelehrern
- Reparaturdiensten (Kleinarbeiten zu Hause)

4.2 Medizinische Rehabilitation

- Feststellung des individuellen Bedarfes
- Organisation eines stationären Aufenthaltes
- Organisation einer Reha-Maßnahme
- Organisation einer psychologischen Betreuung
- Organisation des Transportes
- Bei Bedarf Einholung ärztlicher Zweitmeinung/Gutachten

4.3 Berufliche Rehabilitation

4.3.1 Ein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation entsteht, wenn die versicherte Person länger als 6 Monate ununterbrochen außerstande war oder voraussichtlich sein wird, ihren vor Eintritt des Versicherungsfalles zuletzt ausgeübten Beruf - so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war - auszuüben. Die Verhältnisse am Arbeitsmarkt, insbesondere die Verfügbarkeit von Arbeitsplätzen, spielen bei der Entscheidung über das Vorliegen eines Anspruchs auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation keine Rolle.

4.3.2 Ist bei Selbstständigen eine zumutbare Umorganisation der Betriebsstätte möglich, liegt kein Anspruch auf die Leistungen der beruflichen Rehabilitation vor. Eine Umorganisation ist dann zumutbar, wenn sie betrieblich sinnvoll ist, die Einkommensveränderungen nach der Umorganisation nicht auf Dauer ins Gewicht fallen und die versicherte Person eine unveränderte Stellung als Betriebsleiter inne hat.

4.3.3 Unter bisherige Lebensstellung ist die Lebensstellung in finanzieller und sozialer Sicht (z.B. berufliche Qualifikation, berufliche Stellung, Vergütung, Wertschätzung) zu verstehen, die vor dem Eintritt der gesundheitlichen Beeinträchtigung bestanden hat.

4.3.4 Scheidet die versicherte Person aus dem Berufsleben aus, erlischt der Anspruch auf Leistungen der beruflichen Rehabilitation.

4.3.5 Leistungsumfang:

Unterstützung durch Personal- und Berufsberater bei

- a) der Klärung, ob der zuvor ausgeübte Beruf wieder aufgenommen werden kann
- b) der Arbeitsplatzsicherung: Herstellen von Kontakten zu (ehemaligen) Arbeitgebern, Familienmitgliedern (bereits involvierten), Ämtern und sozialen Einrichtungen, Anwälten
- c) Umschulungen: Herstellen von Kontakten zu Bildungsträgern, Schulen nach Analyse vom Personalberater
- d) der geeigneten Arbeitsplatzsuche

4.4 Rehabilitation eines Kindes

Herstellen von Kontakten und Informationsbeschaffung zu:

- Spezialisierten Kindergärten
- Spezialisierten Schulen
- Freizeitgestaltungsmöglichkeiten
- Organisation von Elternbegleitung
- Nachhilfe zu Hause
- Tagesmüttern
- Kinderkrankenpflegepersonal

4.5 Soziales Umfeld

Herstellen von Kontakten zu und Organisation der Inanspruchnahme von:

- Rehabilitationsberatern
- Verbänden
- Institutionen
- Sozialen Einrichtungen und andere Hilfen
- Behörden
- Psychologische Unterstützung: Herstellung von Kontakten zu Therapieberatern und Therapiezentren, Psychologen, psychologischen Zentren, Psychosozialen Diensten und Sozialtherapeuten
- Kraftfahrzeugwerkstätten und Firmen für behindertengerechten Umbau des Kraftfahrzeugs
- Herstellen von Kontakten zu Transportunternehmen und Organisation von Transporten
- Umbau der Wohnung
- Analyse der Bedürfnisse durch ein medizinisches Gutachten
- Herstellen von Kontakten zu spezialisierten Architekten und Baufirmen
- Koordinierung und Organisation der Kontakte und Termine
- Vermittlung von Handwerkern
- Vermittlung von Finanzberatern und Unterstützung bei der Erstellung eines Finanzplanes
- Unterstützung bei der Beantragung von Leistungen bei sozialen und gesetzlichen Einrichtungen
- Vermittlung und Organisation einer Haushaltshilfe
- Vermittlung und Organisation einer Kinderbetreuung

Auszug aus dem Sozialgesetzbuch XI (Fassung vom 19.12.2007)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

1. im Bereich der Körperpflege das Waschen, Duschen, Baden, die Zahnpflege, das Kämmen, Rasieren, die Darm- oder Blasenentleerung,
2. im Bereich der Ernährung das mundgerechte Zubereiten oder die Aufnahme der Nahrung,
3. im Bereich der Mobilität das selbstständige Aufstehen und Zubettgehen, An- und Auskleiden, Gehen, Stehen, Treppensteigen oder das Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung,
4. im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung das Einkaufen, Kochen, Reinigen der Wohnung, Spülen, Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung oder das Beheizen.

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

(1) Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen (§ 14) einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

2. Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

3. Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

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

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

1. in der Pflegestufe I mindestens 90 Minuten betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mehr als 45 Minuten entfallen,
2. in der Pflegestufe II mindestens drei Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens zwei Stunden entfallen,
3. in der Pflegestufe III mindestens fünf Stunden betragen; hierbei müssen auf die Grundpflege mindestens vier Stunden entfallen.

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