Versicherungsbedingungen

Diese Versicherungsbedingungen wenden sich an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner.

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die Regelungen Ihres Bausteins Kindervorsorge. Sie finden auch ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung und Regelungen zur Abhängigkeit der Bausteine zueinander.

Die Regelungen zum Grundbaustein sowie die Regelungen der Teile B und C Ihrer Versicherungsbedingungen gelten auch für den Baustein Kindervorsorge, wenn nachfolgend nichts anderes geregelt ist.

Baustein Kindervorsorge - Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des Versorgers E162

		Seite
1.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.	Ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung	6
3.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	7
4.	Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	8
5.	Erklärung über unsere Leistungspflicht	9
6.	Ergänzende Regelungen zu den Kosten Ihres Vertrags	9
7.	Abhängigkeit des Bausteins Kindervorsorge vom Grundbaustein	10
8.	Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten	10
9.	Abänderungen zum Baustein Kindervorsorge - Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des Versorgers E162	11

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

Teil A - Leistungsbausteine

Baustein Kindervorsorge - Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des Versorgers E162

Hier finden Sie die Regelungen Ihres Bausteins Kindervorsorge. Sie finden auch ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung und Regelungen zur Abhängigkeit der Bausteine zueinander.

Die Regelungen zum Grundbaustein sowie die Regelungen der Teile B und C Ihrer Versicherungsbedingungen gelten auch für den Baustein Kindervorsorge, wenn nachfolgend nichts anderes geregelt ist.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.2 Welche Leistungen erbringen wir wegen Krankschreibung des versicherten Versorgers und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.3 Welche Leistungen erbringen wir bei Eintritt einer Krebserkrankung beim versicherten Versorger und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.4 Was ist Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.5 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz für die Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers?
1.7 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihren Baustein Kindervorsorge?

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers

Wenn
- der versicherte Versorger während der Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge stirbt oder zu mindestens 50 Prozent berufsunfähig wird und
- Sie laufende Beiträge zahlen,

befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht für alle Bausteine dieser Versicherung.

Diese Leistung aus dem Baustein Kindervorsorge erbringen wir, solange
- die versicherte Person lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer, und
- der Grad der Berufsunfähigkeit mindestens 50 Prozent beträgt (siehe Ziffer 1.4).

(2) Vereinbarte Beitragsbefreiung mit Dynamik

a) Auswirkungen auf den Grundbaustein

Wenn Sie eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, steigt der Beitrag für den Grundbaustein, von dem wir Sie befreien, nach Tod oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers. Der Beitrag, der bei Tod oder bei Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers gezahlt wird, erhöht sich jährlich um den vereinbarten Dynamiksatz. Wir befreien Sie auch für diese Beiträge von der Zahlungspflicht.

Die Beitragssteigerungen erhöhen die Versicherungsleistungen des Grundbausteins nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

b) Auswirkungen auf den Baustein Kindervorsorge

Die Beiträge für den Baustein Kindervorsorge, von denen wir Sie befreien, erhöhen sich nach Tod oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers nicht.

c) Auswirkungen auf weitere Bausteine

Die Beiträge für weitere Bausteine erhöhen sich um denselben Dynamiksatz, um den sich die Beiträge des Grundbausteins erhöhen. Die Beitragssteigerungen erhöhen die Versicherungsleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen des jeweiligen Bausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen". Dabei gilt folgende Beschränkung:

Wenn Sie einen Baustein Kapital bei Tod abgeschlossen haben, wird nur der Teil des Garantiekapitals bei Tod erhöht, der die Summe der Beiträge zum Grundbaustein nicht übersteigt. Beitragssteigerungen, die aufgrund dieser Beschränkung bei dem oben genannten Baustein nicht durchgeführt werden, erhöhen zusätzlich die übrigen Versicherungsleistungen.

(3) Anspruch auf Leistungen bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers

a) Anspruch auf Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers entsteht mit Ablauf des Monats, in dem der Tod oder die Berufsunfähigkeit eingetreten ist.

Für den Fall, dass Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.2 erbracht werden, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 1.2 Absatz 1 b) genannten Zeitpunkt. Werden Leistungen wegen Krebs nach Ziffer 1.3 erbracht, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 1.3 Absatz 1 b) genannten Zeitpunkt.

Wenn Sie eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, setzen die Beitragssteigerungen zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres nach Ablauf des Monats ein, in dem der Tod oder die Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers eingetreten ist.

Nach Tod des versicherten Versorgers oder solange der versicherte Versorger berufsunfähig ist, werden die Steigerungen jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres durchgeführt, längstens bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

Wenn der versicherte Versorger im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei dem versicherten Versorger eine Krebserkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Wenn der versicherte Versorger nicht im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei dem versicherten Versorger keine Krebserkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, gilt:

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,

- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zu viel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie verlangen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Lassen Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen, können Sie verlangen, dass die bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Wenn dann das Gericht unsere Entscheidung rechtskräftig bestätigt hat, müssen gestundete Beträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

1.2 Welche Leistungen erbringen wir wegen Krankschreibung des versicherten Versorgers und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen wegen Krankschreibung

a) Leistungen in Höhe der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit

Wenn der versicherte Versorger während der Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben worden ist oder voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben wird, erbringen wir die folgenden Leistungen:

Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht (siehe Ziffer 1.1).

Es gilt nicht als Unterbrechung der Krankschreibung, wenn der versicherte Versorger seine bisherige Tätigkeit in einer stufenweisen Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch (SGB) V in der Fassung vom 30.05.2024 teilweise wieder ausüben kann.

Leistungen wegen Krankschreibungen können erst nach Prüfung der eingereichten Nachweise unter Berücksichtigung eventuell vereinbarter Ausschlüsse und / oder besonderer Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes (siehe Absatz 4) erfolgen, wobei von uns weitere Unterlagen entsprechend Ziffer 4.1 dieser Versicherungsbedingungen verlangt werden können (siehe Unterabsatz d)).

b) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange
- der versicherte Versorger ununterbrochen krankgeschrieben ist oder sein wird und
- die Leistungsdauer des Bausteins Kindervorsorge nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs erbringen und
- der versicherte Versorger lebt und
- insgesamt eine Dauer der Krankschreibung von 36 Monaten während der Leistungsdauer des Bausteins Kindervorsorge nicht überschritten ist. Wenn der versicherte Versorger mehrfach nach Absatz a) krankgeschrieben ist, ist die Leistungsdauer wegen Krankschreibung für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen auf 36 Monate beschränkt.

Wenn der versicherte Versorger einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellt und die Leistungsprüfung ergibt, dass bei dem versicherten Versorger Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krankschreibung eingestellt.

Wenn wir
- Leistungen wegen Krankschreibung des versicherten Versorgers erbracht haben und
- nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Berufsunfähigkeit feststellen, dass Berufsunfähigkeit vorliegt,

gilt:

Wir rechnen den Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Berufsunfähigkeit eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer wegen Krankschreibung von insgesamt 36 Monaten nicht an.

c) Verhältnis der Leistungen wegen Krankschreibung und der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs

Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung.

Für den Zeitraum, für den wir bereits Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, erbringen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs. Die Leistungen wegen Krankschreibung entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krebs.

d) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Krankschreibung verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen nach Absatz 2 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Darüber hinaus sind weitere Unterlagen nach Ziffer 4.1 einzureichen, wenn wir dies verlangen.

e) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung des versicherten Versorgers vorliegt.

f) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten

Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn keine Krankschreibung mehr vorliegt.

(2) Krankschreibung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen

Als krankgeschrieben im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt der versicherte Versorger, wenn uns auf den versicherten Versorger ausgestellte ärztliche Bescheinigungen eingereicht werden, wie sie in § 5 Entgeltfortzahlungsgesetz (EntgFG) vorgesehen sind. Wenn dies nicht möglich ist, zum Beispiel weil der versicherte Versorger kein Arbeitnehmer ist, sind entsprechende ärztliche Bescheinigungen über die Arbeitsunfähigkeit des versicherten Versorgers einzureichen.

Als krankgeschrieben im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gilt der versicherte Versorger auch, wenn uns eine auf den versicherten Versorger ausgestellte Bescheinigung eines Facharztes eingereicht wird, aus der sich eine voraussichtliche Krankschreibung von mindestens 6 Monaten ergibt.

(3) Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung

Der Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung entsteht mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der 1. Krankschreibung fällt.

(4) Anwendbare Regelungen
Soweit in dieser Ziffer nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen Ihres Bausteins Kindervorsorge und die entsprechenden Regelungen zur Kindervorsorge in Ihrem Grundbaustein und in Ihren weiteren abgeschlossenen Bausteinen auch für die Leistungen wegen Krankschreibung.

Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Versicherung mit uns für Ihren Baustein Kindervorsorge Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

1.3 Welche Leistungen erbringen wir bei Eintritt einer Krebserkrankung beim versicherten Versorger und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen wegen Krebs

a) Leistungen in Höhe der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit
Wenn bei dem versicherten Versorger während der Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge eine Krebserkrankung nach Absatz 2 eintritt, erbringen wir für einen Zeitraum von maximal 18 Monaten die folgenden Leistungen:

Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht (siehe Ziffer 1.1).

Leistungen wegen Krebs können während der Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge mehrmals beansprucht werden. Wenn sich Leistungszeiträume aufgrund weiterer Krebserkrankungen überschneiden, werden die Leistungen wegen Krebs in den Monaten der Überschneidung nur einmal erbracht.

Leistungen wegen Krebs können erst nach Prüfung der eingereichten Nachweise unter Berücksichtigung eventuell vereinbarter Ausschlüsse und / oder besonderer Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes (siehe Absatz 4) erfolgen.

b) Leistungsdauer
Die Leistungen wegen Krebs erbringen wir für eine Dauer von maximal 18 Monaten. Wenn sich Leistungszeiträume aufgrund weiterer Krebserkrankungen überschneiden, verlängert sich die Leistungsdauer um maximal 18 Monate nach Eintritt der weiteren Krebserkrankung. Die Leistungen wegen Krebs erbringen wir, solange
- die vereinbarte Leistungsdauer des Bausteins Kindervorsorge nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung erbringen und
- der versicherte Versorger lebt.

Wenn der versicherte Versorger einen Antrag auf Leistungen wegen Berufsunfähigkeit stellt und die Leistungsprüfung ergibt, dass bei dem versicherten Versorger Berufsunfähigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Berufsunfähigkeit. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krebs eingestellt. Wir werden in diesem Fall frühestens nach Ablauf von 18 Monaten ab Eintritt der Krebserkrankung unsere Leistungen nach einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht (siehe Ziffer 4.2 Absatz 1) einstellen.

c) Verhältnis der Leistungen wegen Krebs und der Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung
Solange Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Krankschreibung erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krebs.

Für den Zeitraum, für den wir bereits Leistungen wegen Krebs erbracht haben, erbringen wir keine Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung. Die Leistungen wegen Krebs entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder wegen Krankschreibung.

d) Einreichung von Unterlagen
Wenn Leistungen wegen Krebs verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers ärztliche Nachweise nach Absatz 2 eingereicht werden.

(2) Krebserkrankung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen
Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben.

Zudem muss
- ein solider, invasiver Tumor der Tumorgröße T1 mit der Erforderlichkeit einer Chemotherapie, einer von außen auf den Körper wirkenden (perkutanen) Strahlentherapie und/oder einer Immuntherapie (CAR-T oder Immun-Checkpoint-Inhibitor) oder
- ein solider, invasiver Tumor ab einer Tumorgröße T2 oder
- ein Tumor mit Lymphknoten- oder Fernmetastasen oder
- ein malignes Melanom (melanozytärer (schwarzer) Hautkrebs) nach den oben genannten Tumorkriterien oder
- ein Gehirntumor ab WHO II oder
- Leukämie, Lymphomen in allen Stadien

mittels histopathologischem Befund nachgewiesen werden.

Ausgeschlossen sind alle Formen von nichtmelanozytärem Hautkrebs.

Der Eintritt der versicherten Krebserkrankung ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

(3) Anspruch auf Leistungen wegen Krebs
Der Anspruch auf Leistungen wegen Krebs entsteht mit Ablauf des Monats, in den die Feststellung einer Krebserkrankung nach Absatz 2 durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung fällt.

(4) Anwendbare Regelungen
Soweit in dieser Ziffer nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen Ihres Bausteins Kindervorsorge und die entsprechenden Regelungen zur Kindervorsorge in Ihrem Grundbaustein und in Ihren weiteren abgeschlossenen Bausteinen auch für die Leistungen wegen Krebs.

Wenn Sie bei Abschluss Ihrer Versicherung mit uns für Ihren Baustein Kindervorsorge Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krebs. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

1.4 Was ist Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

(1) Berufsunfähigkeit

a) Vollständige Berufsunfähigkeit
Wenn der versicherte Versorger
- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, seinen Beruf auszuüben, und
- er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung entspricht und die er aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann,

so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor.

Die Lebensstellung ergibt sich aus dem beruflichen Einkommen und der sozialen Wertschätzung des Berufs, wobei die andere Tätigkeit bereits dann nicht der bisherigen Lebensstellung entspricht,

wenn entweder das Einkommen oder die Wertschätzung der anderen Tätigkeit spürbar unter das Niveau des bislang ausgeübten Berufs absinken. Die zumutbare Minderung des Einkommens und der Wertschätzung richten sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des Einkommens beträgt jedoch höchstens 20 Prozent des jährlichen Bruttoeinkommens des bislang ausgeübten Berufs. Im begründeten Einzelfall kann auch schon eine geringere Minderung des Einkommens nicht zumutbar sein. Sollte die höchstrichterliche Rechtsprechung einen geringeren Prozentsatz als zumutbare Minderung des Einkommens festlegen, ist dieser auch für uns maßgeblich.

b) Teilweise Berufsunfähigkeit
Der versicherte Versorger ist auch berufsunfähig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn die genannten Voraussetzungen nur zu einem bestimmten Grad erfüllt sind und damit eine teilweise Berufsunfähigkeit vorliegt.

c) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit
Maßgebend bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit ist
- der zuletzt ausgeübte Beruf, so wie er ohne gesundheitliche Beeinträchtigung ausgestaltet war;
- der bei Eintritt des Leidens ausgeübte Beruf, falls der versicherte Versorger als Folge einer fortschreitenden Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls seinen Beruf leidensbedingt geändert hat.

Unsere Bedingungen sehen eine abstrakte Verweisbarkeit auf einen anderen Beruf nicht vor.

d) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Auszubildenden
Wenn der versicherte Versorger bei Eintritt der Berufsunfähigkeit Auszubildender ist, gilt als Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit der mit der Ausbildung angestrebte Ausbildungsberuf.

e) Maßgebender Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit von Studenten
Wenn der versicherte Versorger bei Eintritt der Berufsunfähigkeit Student ist, gilt als Beruf bei der Prüfung der Berufsunfähigkeit neben dem zuletzt ausgeübten Studium auch das mit dem Abschluss des belegten Studiengangs verbundene Berufsbild. Als Studium gilt ein Studium an einer Hochschule (Universität), Fachhochschule (FH) oder Dualen Hochschule (DH). Der angestrebte Studienabschluss muss in Deutschland staatlich anerkannt sein.

f) Berufsunfähigkeit bei Selbstständigen
Bei Selbstständigen setzt vollständige Berufsunfähigkeit zusätzlich zu Absatz a) und Absatz 2 voraus, dass der versicherte Versorger seinen Beruf auch dann nicht ausüben kann, nachdem er seinen Betrieb zumutbar umorganisiert hat. Zumutbar ist eine Umorganisation nur, wenn
- die hierfür erforderlichen Maßnahmen wirtschaftlich zweckmäßig sind und keinen erheblichen Kapitaleinsatz erfordern,
- dem versicherten Versorger ein sinnvolles Tätigkeitsfeld verbleibt,
- seine Lebensstellung als Betriebsinhaber gewahrt bleibt und
- die Umorganisation nicht zu Lasten der Gesundheit geht.

Die Zumutbarkeit der Umorganisation richtet sich nach den individuellen Gegebenheiten und nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Die zumutbare Minderung des betrieblichen Gewinns vor Steuern aufgrund der Maßnahmen beträgt jedoch höchstens 20 Prozent.

Wir verzichten auf die Prüfung der Umorganisation,
- wenn der versicherte Selbstständige eine akademische Ausbildung erfolgreich abgeschlossen hat und in seiner täglichen Arbeitszeit mindestens zu 90 Prozent kaufmännische, planerische, leitende oder organisatorische Tätigkeiten ausübt oder
- wenn der Betrieb weniger als 10 Mitarbeiter beschäftigt. Zu den 10 Mitarbeitern zählen nur aus- oder angelernte Angestellte. Auszubildende, Praktikanten oder Werkstudenten bleiben dabei unberücksichtigt.

g) Berufsunfähigkeit bei Teilzeittätigkeit
Wenn der versicherte Versorger bei Eintritt der Berufsunfähigkeit seinen Beruf in Teilzeit ausübt, liegt vollständige Berufsunfähigkeit vor, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 a) für den Beruf in Teilzeit erfüllt sind.

Vollständige Berufsunfähigkeit liegt auch dann vor, wenn der versicherte Versorger
- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die ärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, seinen Beruf in Teilzeit mindestens 3 Stunden pro Arbeitstag auszuüben, und
- er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) entspricht und die er aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

Übt der versicherte Versorger seinen Beruf aus familiären Gründen nur vorübergehend in Teilzeit aus, liegt vollständige Berufsunfähigkeit darüber hinaus vor, wenn die Voraussetzungen nach Absatz 1 a) für den vorherigen Beruf in Vollzeit erfüllt sind.
Das heißt, wenn der versicherte Versorger aus einem der folgenden familiären Gründe seinen bisherigen Beruf in Vollzeit vorübergehend in Teilzeit ausübt oder einen anderen Beruf in Teilzeit ausübt, dann wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, auf den vor dem in Teilzeit ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) abgestellt, sofern bei Eintritt der Berufsunfähigkeit die familiären Gründe für die Teilzeittätigkeit noch vorliegen. Familiäre Gründe in diesem Sinn sind:
- Betreuung eigener Kinder: Der versicherte Versorger hat seinen Beruf in Vollzeit auf Teilzeit reduziert oder übt einen anderen Beruf in Teilzeit aus, um eigene minderjährige Kinder (leibliche Kinder oder Adoptivkinder) zu betreuen.
- Pflege von Angehörigen: Der versicherte Versorger hat seinen Beruf in Vollzeit auf Teilzeit reduziert oder übt einen anderen Beruf in Teilzeit aus, um eine pflegebedürftige Person (ab Pflegegrad 2, siehe § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017) im Rahmen einer privaten, nicht erwerbsmäßigen Pflegetätigkeit zu pflegen.

(2) Berufsunfähigkeit aufgrund Tätigkeitsverbots
Wenn der versicherte Versorger
- infolge eines Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, seinen Beruf auszuüben, und
- er auch keine andere Tätigkeit ausübt, die seiner bisherigen Lebensstellung (siehe Absatz 1 a)) entspricht und die er aufgrund seiner Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann,

so liegt von Beginn an eine vollständige Berufsunfähigkeit vor. Betrifft das Tätigkeitsverbot nur einen Teil der bisherigen Berufstätigkeit, liegt teilweise Berufsunfähigkeit vor. Darüber hinaus gelten die Regelungen nach Absatz 1 c) bis g).

(3) Berufsunfähigkeit nach Ausscheiden aus dem Berufsleben
Wenn der versicherte Versorger aus dem Berufsleben ausscheidet und später Leistungen wegen Berufsunfähigkeit beantragt werden, wird bei der Prüfung, ob Berufsunfähigkeit vorliegt, grundsätzlich auf den zuletzt vor Ausscheiden aus dem Berufsleben ausgeübten Beruf und die damit verbundene Lebensstellung abgestellt.

(4) Berufsunfähigkeit aufgrund Pflegebedürftigkeit
Als berufsunfähig gilt der versicherte Versorger auch, wenn er pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.5 ist, das heißt aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.5 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.5 Absatz 2).

(5) Berufsunfähigkeit aufgrund voller Erwerbsminderung
Als berufsunfähig gilt der versicherte Versorger auch, wenn er eine unbefristete Rente der Deutschen Rentenversicherung wegen voller Erwerbsminderung erhält. Dies gilt nur, wenn
- der versicherte Versorger die Rente wegen voller Erwerbsminderung allein aus medizinischen Gründen erhält und
- der versicherte Versorger bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens 50 Jahre alt ist oder die Versicherung ohne Ausschlüsse oder Zuschläge abgeschlossen wurde und
- der Vertrag bei Eintritt der vollen Erwerbsminderung mindestens seit 10 Jahren besteht.

Für den Begriff der vollen Erwerbsminderung gilt die Definition gemäß § 43 Sozialgesetzbuch (SGB) VI in der Fassung vom 20.04.2007.

1.5 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Der versicherte Versorger ist pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn er aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Absatz 2).

(1) Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit
Pflegebedürftigkeit des versicherten Versorgers liegt vor, wenn
- er gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe anderer bedarf und
- er körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbstständig kompensieren oder bewältigen kann.

Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens 6 Monate, ununterbrochen bestehen oder bereits 6 Monate bestanden haben. In diesen Fällen liegt von Beginn des 1. Monats an Pflegebedürftigkeit vor.

Wenn die eingereichten Unterlagen nicht geeignet sind, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen nachzuweisen, zum Beispiel weil der Grad der Pflegebedürftigkeit medizinisch nicht nachvollziehbar ist, können wir ärztliche Nachweise für die Pflegebedürftigkeit anfordern.

Die Pflegebedürftigkeit beurteilt sich nach den nachfolgenden 6 Bereichen, denen bestimmte Kriterien zugeordnet sind. Diesen Kriterien sind zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten Kategorien zugeordnet. Die Bereiche, Kriterien und Kategorien entsprechen denjenigen, die in § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften hat auf die Definition der Bereiche, Kriterien und Kategorien der Pflegebedürftigkeit nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrem Baustein Kindervorsorge keine Auswirkungen. Den Wortlaut der genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

a) Mobilität
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

b) Kognitive und kommunikative Fähigkeiten
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beteiligen an einem Gespräch") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Fähigkeit vorhanden/unbeeinträchtigt, Fähigkeit größtenteils vorhanden, Fähigkeit in geringem Maße vorhanden oder Fähigkeit nicht vorhanden" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

c) Verhaltensweisen und psychische Problemlagen
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Beschädigen von Gegenständen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Nie oder sehr selten, selten (ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen), häufig (zwei- bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich) oder täglich" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

d) Selbstversorgung
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Essen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" bzw. "entfällt, teilweise oder vollständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

e) Bewältigung von und selbstständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Medikation") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien:
- "Entfällt/selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig",
- "Entfällt/selbstständig, Anzahl der Maßnahmen pro Tag, Woche oder Monat",
- "Entfällt/selbstständig, täglich, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit" bzw.
- "Entfällt/selbstständig, wöchentliche Häufigkeit oder monatliche Häufigkeit".

Die Kategorien können Sie der Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

f) Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte
Die einzelnen Kriterien für diesen Bereich (zum Beispiel "Ruhen und Schlafen") können Sie § 14 Absatz 2 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Die Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit und der Fähigkeiten in Bezug auf die Kriterien erfolgt anhand der Kategorien "Selbstständig, überwiegend selbstständig, überwiegend unselbstständig oder unselbstständig" (siehe Anlage 1 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

(2) Grade der Pflegebedürftigkeit
Abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten wird die Pflegebedürftigkeit in 5 Grade der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrade) eingestuft. Die Pflegegrade entsprechen den Pflegegraden, die in § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, genannt sind. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift hat auf die Pflegegrade nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrem Baustein Kindervorsorge keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

- Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten.
- Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.

Leistungen aus dem Baustein Kindervorsorge (siehe Ziffer 1.1) erbringen wir, wenn der versicherte Versorger aufgrund seiner Pflegebedürftigkeit mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

(3) Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit

Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird entsprechend der gesetzlichen Vorschrift des § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, ermittelt. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift zur Ermittlung des Pflegegrads hat auf die Ermittlung des Pflegegrads nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrem Baustein Kindervorsorge keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

Der versicherte Versorger erhält nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten einen Pflegegrad.

Zur Bestimmung des Pflegegrads werden, wie in Absatz 1 beschrieben, den 6 Bereichen Kriterien zugeordnet. Diese Kriterien werden anhand von Kategorien beurteilt. Die Kategorien stellen die in den Kriterien zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen dar.

Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien Einzelpunkte zugeordnet.

Die jeweils erreichbaren Summen der Einzelpunkte in jedem Bereich werden in Punktbereiche gegliedert (zum Beispiel "Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten"). Alle Punktbereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Zur Ermittlung des Pflegegrads erhält jeder der in Absatz 1 a) bis f) genannten Bereiche eine eigene Gewichtung (zum Beispiel "Mobilität 10 Prozent"). Die Gewichtung aller Bereiche können Sie § 15 und der Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI entnehmen.

Jedem Punktbereich in einem Bereich werden anschließend abhängig von der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten und der Gewichtung der Bereiche festgelegte, gewichtete Punkte zugeordnet (siehe Anlage 2 zu § 15 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

Anschließend werden die gewichteten Punkte aller Bereiche zu einer Gesamtpunktzahl addiert. Aus dieser Gesamtpunktzahl ergibt sich der entsprechende Pflegegrad. Der versicherte Versorger ist pflegebedürftig bei Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2, was ab 27 Gesamtpunkten gegeben ist (siehe § 15 Absatz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

1.6 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz für die Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers?

Der Versicherungsschutz für die Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers besteht weltweit.

1.7 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihren Baustein Kindervorsorge?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Abschluss des Bausteins Kindervorsorge

Bei Abschluss Ihres Bausteins Kindervorsorge verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:

- unsere unternehmenseigene Sterbetafel "AZ 2012 T V U",
- unsere unternehmenseigene Berufsunfähigkeitstafel "AZ 2026 BU I U" für die Berufsunfähigkeitswahrscheinlichkeiten und
- unsere unternehmenseigenen Berufsunfähigkeitstafeln "AZ 2021 BU TI U" und "AZ 2021 BU RI U" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Berufsunfähigen und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten,
- den Rechnungszins 1,0 Prozent und
- die Kosten des Bausteins Kindervorsorge (siehe dazu Ziffer 6).

(2) Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen

Bei Leistungserhöhungen (zum Beispiel durch Überschussanteile) berechnen wir die hinzukommenden Leistungen grundsätzlich mit den Rechnungsgrundlagen (insbesondere Rechnungszins, Tafeln und Kosten des Bausteins Kindervorsorge), die wir bei Abschluss Ihres Bausteins Kindervorsorge zugrunde gelegt haben.

Wenn zum Erhöhungstermin aufgrund aufsichtsrechtlicher Bestimmungen und/oder der offiziellen Stellungnahmen der Deutschen Aktuarvereinigung e. V. (DAV) für die Berechnung der Deckungsrückstellung von neu abzuschließenden vergleichbaren Versicherungen andere Rechnungsgrundlagen gelten, können wir für die Leistungserhöhungen auch diese verwenden. Wenn sich nach einer Leistungserhöhung die für die Berechnung der Deckungsrückstellung geltenden Rechnungsgrundlagen erneut ändern, können wir für weitere Leistungserhöhungen die geänderten Rechnungsgrundlagen verwenden oder die bei der letzten Leistungserhöhung zugrunde gelegten Rechnungsgrundlagen beibehalten.

Wenn wir andere Rechnungsgrundlagen verwenden als bei Abschluss Ihres Bausteins Kindervorsorge oder bei der letzten Leistungserhöhung, werden wir Sie hierüber informieren.

Bei Leistungserhöhungen legen wir bei der Berechnung der hinzukommenden Leistungen höchstens die Prozentsätze der Kosten des Bausteins Kindervorsorge zugrunde, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

Außer bei Leistungserhöhungen gilt diese Regelung entsprechend, wenn in den jeweiligen Abschnitten dieser Versicherungsbedingungen ausdrücklich darauf hingewiesen wird.

2. Ergänzende Regelungen zur Überschussbeteiligung

Inhalt dieses Abschnitts:

2.1 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Kindervorsorge an den Überschüssen?
2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Kindervorsorge an den Bewertungsreserven?

2.1 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Kindervorsorge an den Überschüssen?

Bezogen auf den Baustein Kindervorsorge beteiligen wir Ihren Vertrag in Abhängigkeit von seiner Zuordnung zu einer Gruppe an den erzielten Überschüssen (laufende Überschussanteile).

(1) Ermittlung und Zuteilung der laufenden Überschussanteile

Die Höhe der Ihrem Vertrag zuzuteilenden Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Da-

bei legen wir die jeweils festgelegten Überschussanteilsätze und die jeweilige Bezugsgröße zugrunde.

Die festgelegten Überschussanteilsätze legen wir jährlich jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahres für die Dauer eines Versicherungsjahres zugrunde.

Bezugsgröße bei beitragspflichtigen Versicherungen ist der im jeweiligen Versicherungsjahr vereinbarte Beitrag.

(2) Verwendung der laufenden Überschussanteile
Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent des maßgeblichen Beitrags (siehe Absatz 1) festgesetzt wird. Die Überschussanteile werden mit den laufenden Beiträgen entsprechend deren Zahlungsweise verrechnet.

2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag bezogen auf den Baustein Kindervorsorge an den Bewertungsreserven?

Beteiligung während der Versicherungsdauer
Die Bewertungsreserven werden den Verträgen nach einem verursachungsorientierten Verfahren zugeordnet. Auf den Baustein Kindervorsorge entfallen jedoch vor Rentenbeginn keine oder nur geringe Bewertungsreserven. Die Beitragsanteile des Bausteins Kindervorsorge sind so kalkuliert, dass sie zur Risiko- und Kostendeckung benötigt werden. Es stehen daher keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung, um Kapitalanlagen zu bilden, aus denen Bewertungsreserven entstehen können.

3. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistung bei Tod des versicherten Versorgers ausgeschlossen?
3.2 In welchen Fällen ist unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder einer Krebserkrankung des versicherten Versorgers ausgeschlossen?

3.1 In welchen Fällen ist unsere Leistung bei Tod des versicherten Versorgers ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn der Tod des versicherten Versorgers verursacht worden ist

a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn der versicherte Versorger während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, an denen er nicht selbst aktiv beteiligt war. Wir leisten ebenfalls uneingeschränkt, wenn der versicherte Versorger als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei bei der Teilnahme an mandatierten (NATO, UNO, EU oder OSZE) humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten stirbt.

b) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- vorsätzlich eingesetzten atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder
- vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen,

wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet gewesen sind, das Leben vieler Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von 5 Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

c) bei Selbsttötung, wenn seit Abschluss des Vertrags oder Wiederherstellung der Versicherung noch keine 3 Jahre vergangen sind.

Wir leisten jedoch auch vor Ablauf der 3-Jahres-Frist, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlung
- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden

begangen worden ist.

3.2 In welchen Fällen ist unsere Leistung bei Berufsunfähigkeit, Krankschreibung oder einer Krebserkrankung des versicherten Versorgers ausgeschlossen?

Wir leisten nicht, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Krankschreibung oder die Krebserkrankung des versicherten Versorgers verursacht worden ist

a) durch innere Unruhen, wenn der versicherte Versorger auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Krankschreibung oder die Krebserkrankung des versicherten Versorgers während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen er nicht selbst aktiv beteiligt war. Wir leisten ebenfalls uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Krankschreibung oder die Krebserkrankung bei der Teilnahme des versicherten Versorgers als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei an mandatierten (NATO, UNO, EU oder OSZE) humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten verursacht wurde;

c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den versicherten Versorger.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die Berufsunfähigkeit oder die Krankschreibung ausschließlich durch eine von dem versicherten Versorger fahrlässig, grob fahrlässig oder vorsätzlich begangene Ordnungswidrigkeit (zum Beispiel im Straßenverkehr) oder durch ein fahrlässig oder grob fahrlässig begangenes Vergehen (zum Beispiel im Straßenverkehr) verursacht wurde;

d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlung
- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden

begangen worden ist;

e) durch eine von Ihnen als Versicherungsnehmer ausgeübte widerrechtliche Handlung mit dem Vorsatz, die Berufsunfähigkeit oder die Krankschreibung des versicherten Versorgers herbeizuführen;

f) durch Strahlen als Folge von Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass eine

Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Einrichtung tätig wurde, um die Gefahr abzuwehren;

g) in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit
- vorsätzlich eingesetzten atomaren, biologischen oder chemischen Waffen (ABC-Waffen) oder
- vorsätzlich eingesetzten oder vorsätzlich freigesetzten radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen,

wenn der Einsatz oder das Freisetzen darauf gerichtet gewesen sind, das Leben vieler Personen zu gefährden.

Wir leisten jedoch in den Fällen f) und g) uneingeschränkt, wenn es sich um ein räumlich und zeitlich begrenztes Ereignis handelt, bei dem nicht mehr als 1.000 Menschen unmittelbar sterben oder voraussichtlich mittelbar innerhalb von 5 Jahren nach dem Ereignis sterben oder dauerhaft schwere gesundheitliche Beeinträchtigungen erleiden werden. Die Voraussetzungen einer uneingeschränkten Leistungspflicht werden wir innerhalb von 6 Monaten seit dem Ereignis von einem unabhängigen Gutachter prüfen und gegebenenfalls bestätigen lassen. Ansprüche auf die uneingeschränkte Versicherungsleistung werden frühestens nach Ablauf dieser Frist fällig.

4. Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Neben den nachfolgend genannten Mitwirkungspflichten gelten auch die bausteinübergreifenden Mitwirkungspflichten des Grundbausteins im Abschnitt "Ihre Mitwirkungspflichten".

Inhalt dieses Abschnitts:

4.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers verlangt werden?
4.2 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers zu beachten?
4.3 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

4.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Tod oder Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers verlangt werden?

(1) Einreichung von Unterlagen bei Tod des versicherten Versorgers

Wenn der versicherte Versorger stirbt, sind wir hierüber unverzüglich zu informieren. Zusätzlich zum Versicherungsschein sind uns folgende Unterlagen vorzulegen:
- ein amtliches Zeugnis über den Tod des versicherten Versorgers mit Angaben zum Alter und Geburtsort (Sterbeurkunde) und
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache des versicherten Versorgers oder,
- wenn der versicherte Versorger an einer Krankheit gestorben ist, ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod des versicherten Versorgers geführt hat.

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir notwendige weitere Nachweise verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen. Die mit den Nachweisen verbundenen Kosten trägt derjenige, der die Versicherungsleistung beansprucht.

(2) Einreichung von Unterlagen bei Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers

Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers folgende Auskünfte gegeben und Unterlagen eingereicht werden, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind:

a) eine Darstellung der Ursachen der Berufsunfähigkeit;

b) ausführliche Berichte der Ärzte, von denen der versicherte Versorger untersucht wurde oder bei denen er in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über dessen Auswirkungen auf die Berufsfähigkeit;

c) Unterlagen über den Beruf des versicherten Versorgers, über seine Stellung und Tätigkeit zum Zeitpunkt des Eintritts der Berufsunfähigkeit sowie über die eingetretenen Veränderungen;

d) bei Berufsunfähigkeit aufgrund von Pflegebedürftigkeit das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

e) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat
- ausführliche Berichte der Ärzte, von denen der versicherte Versorger untersucht wurde oder bei denen er in Behandlung ist oder war. Erforderlich sind Angaben zu Ursachen, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtlicher Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Der Nachweis mittels Gutachtens durch einen Medizinischen Dienst der Krankenversicherung oder andere unabhängige sachverständige Gutachter ist alternativ möglich.

f) bei Berufsunfähigkeit aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen.

g) wenn Sie Leistungen aufgrund voller Erwerbsminderung des versicherten Versorgers verlangen, den Bescheid der Deutschen Rentenversicherung über die unbefristete Rente wegen voller Erwerbsminderung;

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis g) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Berufsunfähigkeit (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3 a)).

(3) Mitwirkung bei der Datenerhebung bei anderen Stellen

Wir sind berechtigt, auf unsere Kosten im Rahmen des zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Umfangs mit Ihrer Einwilligung personenbezogene Daten bei den folgenden Stellen und Personen zu erheben:
- Ärzte,
- Krankenhäuser,
- sonstige Krankenanstalten,
- Pflegeheime,
- Pflegepersonen,
- Sachverständige,
- andere Personenversicherer,
- gesetzliche Krankenkassen,
- Berufsgenossenschaften und
- Behörden.

Sie können eine solche Datenerhebung verweigern oder eine bereits erteilte Einwilligung widerrufen. Versicherungsleistungen werden jedoch nicht fällig, wenn wir aufgrund Ihres Verhaltens nicht feststellen können, ob und in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind.

(4) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen

Wir können verlangen, dass
- uns Nachweise über wirtschaftliche Verhältnisse und deren Veränderungen vorgelegt werden. Hierzu zählen insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen - auch des Arbeitgebers - über den Beruf zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrags;
- der versicherte Versorger von Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl und auf unsere Kosten untersucht wird. Dabei han-

delt es sich um von uns unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich der versicherte Versorger im Ausland aufhält, können wir verlangen, dass die Untersuchungen in Deutschland durchgeführt werden. In diesem Fall übernehmen wir
- die Untersuchungskosten sowie
- die allgemein üblichen Reise- und Aufenthaltskosten. Von den Reisekosten übernehmen wir höchstens die Kosten für die Bahnfahrt 2. Klasse und - soweit erforderlich - für Flüge in der Economyklasse.

Auf Untersuchungen in Deutschland verzichten wir, wenn diese Untersuchungen vor Ort nach den von uns in Deutschland angewendeten Grundsätzen erfolgen.

(5) Folgen einer Pflichtverletzung
Unsere Leistungen werden fällig, wenn wir die zur Feststellung des Versicherungsfalls und des Umfangs unserer Leistung notwendigen Erhebungen abgeschlossen haben. Wenn Sie eine der in diesem Abschnitt genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

4.2 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers zu beachten?

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht
Wenn wir anerkannt oder festgestellt haben, dass wir leistungspflichtig sind, sind wir berechtigt zu prüfen, ob
- der versicherte Versorger weiterhin berufsunfähig ist und wenn ja, zu welchem Grad;
- der versicherte Versorger eine andere Tätigkeit im Sinne von Ziffer 1.4 Absatz 1 a) ausübt; dabei können neu erworbene Kenntnisse und Fähigkeiten berücksichtigt werden.

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten
Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,
- müssen uns jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- können wir einmal jährlich verlangen, dass sich der versicherte Versorger von einem durch uns beauftragten Arzt umfassend untersuchen lässt.

Hierbei eventuell entstehende Kosten müssen wir tragen.

Darüber hinaus gelten die in Ziffer 4.1 Absätze 3 und 4 genannten Mitwirkungspflichten.

(3) Wegfall unserer Leistungspflicht
Wir sind nicht leistungspflichtig, wenn wir feststellen, dass die in Ziffer 1 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir dies gegenüber Ihnen in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) erklären.

Zu dem Zeitpunkt, ab dem unsere Leistungspflicht entfällt, müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist.

4.3 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie, der versicherte Versorger oder die Person, die den Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 4.2 verletzt haben, kann dies dazu führen, dass wir nicht oder nur teilweise leistungspflichtig sind. Hierauf können wir uns jedoch nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Im Einzelnen gilt:
- Wenn diese Obliegenheiten vorsätzlich verletzt werden, sind wir nicht leistungspflichtig.
- Wenn diese Obliegenheiten grob fahrlässig verletzt werden, sind wir berechtigt, unsere Leistung zu kürzen. Die Kürzung richtet sich nach der Schwere des Verschuldens. Wenn Sie nachweisen, dass keine grobe Fahrlässigkeit vorliegt, kürzen wir die Leistungen nicht.

Auch im Falle von Vorsatz und grober Fahrlässigkeit sind wir zur Leistung verpflichtet, wenn Sie uns nachweisen, dass die Verletzung der Obliegenheit
- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalls
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht

ursächlich ist. Dies gilt nicht, wenn die Obliegenheit arglistig verletzt worden ist.

(2) Spätere Erfüllung der Obliegenheit
Wenn die Obliegenheit später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats, in dem die Obliegenheit erfüllt wird, nach Maßgabe dieser Regelungen leistungspflichtig.

5. Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Wenn wir die uns eingereichten sowie die von uns beigezogenen Unterlagen geprüft haben, erklären wir in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail), ob wir leisten und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.

Wenn die Leistung wegen Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers beantragt wird, verzichten wir ausdrücklich auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses.

6. Ergänzende Regelungen zu den Kosten Ihres Vertrags

Was gilt ergänzend für die Kosten Ihres Bausteins Kindervorsorge?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Auch mit Ihrem Baustein Kindervorsorge sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden.

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Baustein Kindervorsorge mit Abschluss- und Vertriebskosten
- in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge und
- in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, erheben wir ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten auf die Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge sowie auf die einzelnen vereinbarten Erhöhungsbeiträge.

Es gelten darüber hinaus die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Kosten Ihres Vertrags", Unterabschnitt "Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?", Absatz "Abschluss- und Vertriebskosten".

(2) Verwaltungskosten
Mit Ihrem Baustein Kindervorsorge sind ebenfalls Verwaltungskosten verbunden. Die Verwaltungskosten für Ihren Baustein Kindervorsorge sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Bausteins Kindervorsorge. Auch diese sind von Ihnen zu tragen. Sämtliche Verwaltungskosten sind in den Beitrag einkalkuliert und müssen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die Verwaltungskosten entsprechen den übrigen Kosten nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV).

Wir belasten Ihren Baustein Kindervorsorge wie folgt mit Verwaltungskosten:
- Solange Sie Beiträge zahlen, in Form eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge für den Baustein Kindervorsorge. Diese Verwaltungskosten entnehmen wir den eingezahlten Beiträgen nach der von Ihnen gewählten Zahlungsweise.
- Wenn wir Leistungen aus dem Baustein Kindervorsorge erbringen, in Form eines Prozentsatzes der befreiten Beiträge.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, gilt der vorherige Absatz für die Erhöhungsbeiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

7. Abhängigkeit des Bausteins Kindervorsorge vom Grundbaustein

Inhalt dieses Abschnitts:

7.1 In welchen Fällen erlischt bei Beendigung des Grundbausteins der Baustein Kindervorsorge?
7.2 Was gilt, wenn wir Leistungen aus dem Baustein Kindervorsorge erbringen?
7.3 Was gilt, wenn der Baustein Kindervorsorge endet?
7.4 Wie wirkt sich eine Beitragsfreistellung der Versicherung auf den Baustein Kindervorsorge aus?
7.5 Wie wirkt sich eine Kündigung der Versicherung auf den Baustein Kindervorsorge aus?

7.1 In welchen Fällen erlischt bei Beendigung des Grundbausteins der Baustein Kindervorsorge?

Der Baustein Kindervorsorge bildet mit dem Grundbaustein eine Einheit; er kann ohne ihn nicht fortgeführt werden. Daher erlischt er spätestens, wenn der Grundbaustein erlischt.

7.2 Was gilt, wenn wir Leistungen aus dem Baustein Kindervorsorge erbringen?

Wenn wir Leistungen aus dem Baustein Kindervorsorge erbringen, berechnen wir die Leistungen aus dem Grundbaustein (Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung, beitragsfreie Versicherungsleistung und Beteiligung am Überschuss) so, als ob Sie den Beitrag wie vereinbart weitergezahlt hätten.

7.3 Was gilt, wenn der Baustein Kindervorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Kindervorsorge

Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge

Die aus dem entfallenden Baustein Kindervorsorge frei werdenden Beiträge erhöhen die Altersvorsorge nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden.

7.4 Wie wirkt sich eine Beitragsfreistellung der Versicherung auf den Baustein Kindervorsorge aus?

Wenn Sie Ihre Versicherung beitragsfrei stellen, erlischt der Baustein Kindervorsorge. Der nach Ziffer 7.5 Absatz 2 a) berechnete Rückkaufswert des Bausteins Kindervorsorge erhöht die beitragsfreien Versicherungsleistungen Ihres Grundbausteins.

7.5 Wie wirkt sich eine Kündigung der Versicherung auf den Baustein Kindervorsorge aus?

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, hängt die Wirkung auf den Baustein Kindervorsorge davon ab, ob zum Zeitpunkt der Kündigung Leistungen aus diesem Baustein erbracht werden oder nicht:

(1) Berufsunfähigkeit oder Tod des versicherten Versorgers zum Zeitpunkt der Kündigung

Wenn Leistungen wegen Berufsunfähigkeit oder Tod des versicherten Versorgers erbracht werden, bleiben Ansprüche aus dem Baustein Kindervorsorge aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Berufsunfähigkeit oder eingetretenem Tod des versicherten Versorgers bestehen.

Wenn Sie laufende Beiträge vereinbart haben, zahlen wir aus der Beitragsbefreiung eine Rente - auch für den erhöhten Teil, wenn Sie eine Dynamik vereinbart haben. Die Rente wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen errechnet.

(2) Keine Berufsunfähigkeit oder Tod des versicherten Versorgers zum Zeitpunkt der Kündigung

Wenn zum Zeitpunkt der Kündigung keine Leistungen aus dem Baustein Kindervorsorge erbracht werden und für den Grundbaustein ein Rückkaufswert gezahlt wird, erlischt der Baustein Kindervorsorge.

a) Rückkaufswert der Versicherung

Der Rückkaufswert der Versicherung setzt sich aus dem Rückkaufswert des Grundbausteins und den Rückkaufswerten weiterer abgeschlossener Bausteine zusammen. Wenn der Rückkaufswert aus dem Baustein Kindervorsorge negativ ist, wird dieser nicht mit dem Rückkaufswert des Grundbausteins und eines gegebenenfalls eingeschlossenen Bausteins Hinterbliebenenrente verrechnet.

Der Rückkaufswert des Bausteins Kindervorsorge ist dessen Deckungskapital (§ 169 Versicherungsvertragsgesetz - VVG), das nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Kündigungstermin berechnet wird.

b) Abzug

Von dem nach a) ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug für den Grundbaustein und für weitere abgeschlossene Bausteine vor. Den Abzug für die weiteren abgeschlossenen Bausteine begrenzen wir auf die Höhe der Rückkaufswerte dieser Bausteine. In Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" ist festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug.

Wir sehen den Abzug als angemessen an. Dies müssen wir darlegen und beweisen. Wenn Sie uns aber nachweisen, dass der Abzug in Ihrem Fall überhaupt nicht oder nur in geringerer Höhe angemessen ist, entfällt der Abzug oder wir setzen ihn - im letzteren Fall - entsprechend herab.

8. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Hier finden Sie Gestaltungsmöglichkeiten Ihrer Versicherung. Sie sind an bestimmte Voraussetzungen geknüpft. Wenn Sie eine Gestaltungsmöglichkeit ausüben, kann sich dies auf die Höhe der Versicherungsleistungen auswirken.

Inhalt dieses Abschnitts:

8.1 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?
8.2 Wie können Sie den Baustein Kindervorsorge ausschließen?

8.1 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf des versicherten Versorgers. Wenn der versicherte Versorger seinen Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert. Dies gilt auch, wenn der versicherte Versorger

- von einem Beruf in ein Studium wechselt oder
- das Studiums wechselt oder
- von einem Studium in den Beruf wechselt.

(1) Voraussetzungen

- Sie teilen uns den neuen Beruf, die Aufnahme eines Studiums oder den Wechsel des Studiums des versicherten Versorgers in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) mit.
- Der versicherte Versorger übt den neuen Beruf oder das neue Studium seit mindestens 6 Monaten aus.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen. Wir nehmen jedoch in folgenden Fällen keine erneute Risikoprüfung vor:

- Wechsel des Berufs innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn, wenn der versicherte Versorger das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat oder
- Wechsel des Berufs innerhalb der ersten 10 Jahre nach Versicherungsbeginn, wenn der versicherte Versorger bei Vertragsschluss das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und vor dem Wechsel Student oder Auszubildender war.

(2) Auswirkungen

Sofern unsere Prüfung ergibt, dass der Berufswechsel, die Aufnahme eines Studiums oder der Wechsel des Studiums zu einer Reduzierung des Beitrags führt, berechnen wir den für die verbleibende Versicherungsdauer zu zahlenden Beitrag nach den Rechnungsgrundlagen, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben. Sie zahlen dann künftig den niedrigeren Beitrag. Ansonsten führen wir Ihre Versicherung mit unverändertem Beitrag weiter. Über das Ergebnis unserer Prüfung werden wir Sie informieren.

Bei einer Reduzierung des Beitrags bleiben vereinbarte Zuschläge und/oder Ausschlüsse unverändert bestehen.

8.2 Wie können Sie den Baustein Kindervorsorge ausschließen?

Wenn Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie den Baustein Kindervorsorge ausschließen. Die übrigen Bausteine bleiben bestehen.

Ein Ausschluss ist nur vor dem Ende des sechstletzten Jahres der Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge möglich. Bei einem Ausschluss besteht kein Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Voraussetzungen und Auswirkungen.

9. Abänderungen zum Baustein Kindervorsorge - Beitragsbefreiung bei Tod oder Berufsunfähigkeit des Versorgers E162

Zu Ihrem Vertrag sind eine oder mehrere der nachfolgenden Abänderungen vereinbart.

Welche Abänderungen für Ihren Vertrag vereinbart sind, können Sie Ihrem Versicherungsschein oder Ihrer Versicherungsbescheinigung entnehmen.

Für die einzelnen Abänderungen gilt Folgendes:

Abänderung KRB1: Der Grundbaustein ist eine Zukunftsrente InvestFlex mit Garantie oder Zukunftsrente InvestFlex.

Ziffer 1.1 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Vereinbarte Beitragsbefreiung mit Dynamik

a) Auswirkungen auf den Grundbaustein
Wenn Sie eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, steigt der Beitrag für den Grundbaustein, von dem wir Sie befreien, nach Tod oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers. Der Beitrag, der bei Tod oder bei Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers gezahlt wird, erhöht sich jährlich um den vereinbarten Dynamiksatz. Wir befreien Sie auch für diese Beiträge von der Zahlungspflicht.

Die Beitragssteigerungen erhöhen den Betrag, mit dem wir Anteileinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung der Fonds bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen jeweiligen Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien erwerben und die wir in unseren Anlagestock überführen, soweit der Beitrag nicht für die Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente sowie der Todesfallleistung aus.

b) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Erleben
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Erleben vereinbart haben, führt die Beitragserhöhung zu einer Erhöhung des Garantiekapitals bei Erleben um den aktuell vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der vereinbarten Erhöhungsbeiträge für die Altersvorsorge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Änderungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

c) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Tod
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Tod vereinbart haben, ist für die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod aufgrund der Beitragserhöhung das Verhältnis von vereinbartem Garantiekapital bei Tod zur Summe der für die Vertragslaufzeit vereinbarten Beiträge zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses maßgebend. Wenn dieses Verhältnis

- nicht mehr als 100 Prozent beträgt, dann gilt der ermittelte Verhältniswert auch für das Verhältnis zwischen der Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod und der Summe der Erhöhungsbeiträge.
- mehr als 100 Prozent beträgt, wird die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod auf den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der Erhöhungsbeiträge begrenzt.

d) Auswirkungen auf den Baustein Kindervorsorge
Die Beiträge für den Baustein Kindervorsorge, von denen wir Sie befreien, erhöhen sich nach Tod oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers nicht."

Ziffer 1.1 Absatz 3 b) wird ersetzt durch:

"b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht
Wenn der versicherte Versorger im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei dem versicherten Versorger eine Krebserkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Wenn der versicherte Versorger nicht im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei dem versicherten Versorger keine Krebserkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, gilt:

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,
- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zu viel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie verlangen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Eine Zuführung von Beitragsanteilen in Fonds oder von Ihnen gewählte Anlagestrategien erfolgt jedoch nicht. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Lassen Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen, können Sie verlangen, dass die bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Es gelten die Regelungen von Satz 6 dieses Absatzes. Wenn dann das Gericht unsere Entscheidung rechtskräftig bestätigt hat, müssen gestundete Beträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs."

Ziffer 6 Absatz 1 wird ersetzt durch:

"(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Auch mit Ihrem Baustein Kindervorsorge sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden.

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Baustein Kindervorsorge mit Abschluss- und Vertriebskosten
- in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge und
- in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, erheben wir ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten auf die Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge sowie auf die einzelnen vereinbarten Erhöhungsbeiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten für den Baustein Kindervorsorge entnehmen wir den eingezahlten Beiträgen nach der von Ihnen gewählten Zahlungsweise.

Es gelten darüber hinaus die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Kosten Ihres Vertrags", Unterabschnitt "Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?", Absatz "Abschluss- und Vertriebskosten"."

Ziffer 7.3 wird ersetzt durch:

"7.3 Was gilt, wenn der Baustein Kindervorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Kindervorsorge
Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge
Durch die frei werdenden Beiträge erhöhen sich
- der Betrag, mit dem wir Anteileinheiten entsprechend der von Ihnen gewählten Aufteilung der Fonds bzw. nach der zu diesem Zeitpunkt gültigen jeweiligen Struktur der von Ihnen gewählten Anlagestrategien erwerben und die wir in unseren Anlagestock überführen, soweit er nicht zur Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente sowie der Todesfallleistung aus.
- bei einem vereinbarten Garantiekapital bei Erleben das Garantiekapital bei Erleben um den aktuell vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der frei werdenden Beiträge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Änderungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die beitragsfreien Leistungen und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden."

Abänderung KRB2: Der Grundbaustein ist eine Zukunftsrente IndexSelect (Plus).

Ziffer 1.1 Absatz 2 a) 2. Textabschnitt wird ersetzt durch:

"Die Beitragssteigerungen erhöhen
- die Mindestleistung um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der vereinbarten Erhöhungsbeiträge für die Altersvorsorge,
- die garantierte Mindestrente und
- den Policenwert.

Die garantierte Mindestrente erhöht sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen"."

Ziffer 7.3 wird ersetzt durch:

"7.3 Was gilt, wenn der Baustein Kindervorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Kindervorsorge
Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge
Durch das Entfallen des Bausteins Kindervorsorge erhöhen sich

- die Mindestleistung um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der frei werdenden Beiträge für die Altersvorsorge,
- die garantierte Mindestrente und
- der Policenwert.

Die garantierte Mindestrente erhöht sich nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Für die Berechnung der Erhöhungen der garantierten Mindestrente gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden."

Abänderung KRB3: Der Grundbaustein ist eine Zukunftsrente KomfortDynamik.

Ziffer 1.1 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Vereinbarte Beitragsbefreiung mit Dynamik

a) Auswirkungen auf den Grundbaustein
Wenn Sie eine Beitragsbefreiung mit Dynamik vereinbart haben, steigt der Beitrag für den Grundbaustein, von dem wir Sie befreien, nach Tod oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers. Der Beitrag, der bei Tod oder bei Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers gezahlt wird, erhöht sich jährlich um den vereinbarten Dynamiksatz. Wir befreien Sie auch für diese Beiträge von der Zahlungspflicht.

Die Beitragssteigerungen erhöhen den Betrag, mit dem wir die Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen erhöhen, soweit der Beitrag nicht für die Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente sowie der Todesfallleistung aus.

b) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Erleben
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Erleben vereinbart haben, führt die Beitragserhöhung zu einer Erhöhung des Garantiekapitals bei Erleben um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der vereinbarten Erhöhungsbeiträge für die Altersvorsorge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

c) Auswirkungen auf ein vereinbartes Garantiekapital bei Tod
Wenn Sie ein Garantiekapital bei Tod vereinbart haben, ist für die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod aufgrund der Beitragserhöhung das Verhältnis von vereinbartem Garantiekapital bei Tod zur Summe der für die Vertragslaufzeit vereinbarten Beiträge zum Zeitpunkt des Vertragsschlusses maßgebend. Wenn dieses Verhältnis
- nicht mehr als 100 Prozent beträgt, dann gilt der ermittelte Verhältniswert auch für das Verhältnis zwischen der Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod und der Summe der Erhöhungsbeiträge.
- mehr als 100 Prozent beträgt, wird die Erhöhung des Garantiekapitals bei Tod auf den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der Erhöhungsbeiträge begrenzt.

d) Auswirkungen auf den Baustein Kindervorsorge
Die Beiträge für den Baustein Kindervorsorge, von denen wir Sie befreien, erhöhen sich nach Tod oder nach Eintritt der Berufsunfähigkeit des versicherten Versorgers nicht."

Ziffer 1.1 Absatz 3 b) wird ersetzt durch:

"b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht
Wenn der versicherte Versorger im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei dem versicherten Versorger eine Krebserkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Wenn der versicherte Versorger nicht im Sinne von Ziffer 1.2 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder bei dem versicherten Versorger keine Krebserkrankung im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 2 eingetreten ist, gilt:

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,
- müssen die Beiträge in voller Höhe weiter gezahlt werden. Wenn wir unsere Leistungspflicht anerkennen, werden wir zu viel gezahlte Beiträge zurückzahlen.
- können Sie verlangen, dass die bis zur endgültigen Entscheidung noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Es erfolgt keine Erhöhung der Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen; damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen nicht. Falls wir unsere Leistungspflicht nicht anerkennen, müssen gestundete Beiträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Lassen Sie unsere Entscheidung über die Leistungspflicht gerichtlich prüfen, können Sie verlangen, dass die bis zur rechtskräftigen Entscheidung des Gerichts noch fällig werdenden Beiträge zinslos gestundet werden. Es gelten die Regelungen von Satz 6 dieses Absatzes. Wenn dann das Gericht unsere Entscheidung rechtskräftig bestätigt hat, müssen gestundete Beträge in einem Betrag nachgezahlt werden. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Zahlen Sie die gestundeten Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs."

Ziffer 6 Absatz 1 wird ersetzt durch:

"(1) Abschluss- und Vertriebskosten
Auch mit Ihrem Baustein Kindervorsorge sind Abschluss- und Vertriebskosten verbunden.

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Baustein Kindervorsorge mit Abschluss- und Vertriebskosten
- in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge und
- in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, erheben wir ebenfalls Abschluss- und Vertriebskosten auf die Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge sowie auf die einzelnen vereinbarten Erhöhungsbeiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten für den Baustein Kindervorsorge entnehmen wir den eingezahlten Beiträgen nach der von Ihnen gewählten Zahlungsweise.

Es gelten darüber hinaus die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Kosten Ihres Vertrags", Unterabschnitt "Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?", Absatz "Abschluss- und Vertriebskosten"."

Ziffer 7.3 wird ersetzt durch:

"7.3 Was gilt, wenn der Baustein Kindervorsorge endet?

(1) Gesamtbeitrag der Versicherung bei Erlöschen des Bausteins Kindervorsorge
Wenn die Versicherungsdauer des Bausteins Kindervorsorge endet, bleibt der Gesamtbeitrag für die Versicherung unverändert, wenn die Versicherung nicht beitragsfrei gestellt wurde.

(2) Erhöhung der Altersvorsorge
Durch die frei werdenden Beiträge erhöhen sich

- der Betrag, mit dem wir die Anzahl der auf Ihre Versicherung entfallenden Anteileinheiten am KomfortDynamik Sondervermögen erhöhen, soweit er nicht zur Finanzierung der vertraglichen Garantien oder zur Deckung der Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten vorgesehen ist. Damit erhöht sich Ihre Beteiligung am KomfortDynamik Sondervermögen. Dies wirkt sich auf den Policenwert und damit auf die Höhe der Rente sowie der Todesfallleistung aus.
- bei einem vereinbarten Garantiekapital bei Erleben das Garantiekapital bei Erleben um den bei Vertragsschluss vereinbarten Garantieprozentsatz der Summe der frei werdenden Beiträge. Auch die garantierte Mindestrente erhöht sich. Wir berechnen die Erhöhungen der garantierten Mindestrente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen des Grundbausteins im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Erhöhungen der garantierten Mindestrente und in anderen Fällen".

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung und der Rückkaufswert bzw. die möglichen Gesamtleistungen bei Kündigung nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" beigefügten Tabellen entnommen werden."

Anhang zum Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang"

Hier finden Sie einen Auszug aus dem Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017.

§ 14 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "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 pflegefachlich begründeten Kriterien:

1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;

2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;

3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;

4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;

5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:

a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,

b) in Bezug auf Verbandswechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige 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 gerichteten 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 Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Sozialgesetzbuch (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, "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 pflegefachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.

(2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 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 pflegefachlich 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 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 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 Absatz 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 Absatz 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 zu 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.

Anlage 1 (zu § 15)

Einzelpunkte der Module 1 bis 6;

Bildung der Summe der Einzelpunkte in jedem Modul

Modul 1: Einzelpunkte im Bereich der Mobilität

Das Modul umfasst fünf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
1.1	Positionswechsel im Bett	0	1	2	3
1.2	Halten einer stabilen Sitzposition	0	1	2	3
1.3	Umsetzen	0	1	2	3
1.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	0	1	2	3
1.5	Treppensteigen	0	1	2	3

Modul 2: Einzelpunkte im Bereich der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten

Das Modul umfasst elf Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	Fähigkeit vorhanden/ unbeeinträchtigt	Fähigkeit größtenteils vorhanden	Fähigkeit in geringem Maße vorhanden	Fähigkeit nicht vorhanden
2.1	Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld	0	1	2	3
2.2	Örtliche Orientierung	0	1	2	3
2.3	Zeitliche Orientierung	0	1	2	3
2.4	Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen	0	1	2	3
2.5	Steuern von mehrschrittigen Alltagshandlungen	0	1	2	3
2.6	Treffen von Entscheidungen im Alltag	0	1	2	3
2.7	Verstehen von Sachverhalten und Informationen	0	1	2	3
2.8	Erkennen von Risiken und Gefahren	0	1	2	3
2.9	Mitteilen von elementaren Bedürfnissen	0	1	2	3
2.10	Verstehen von Aufforderungen	0	1	2	3
2.11	Beteiligen an einem Gespräch	0	1	2	3

Modul 3: Einzelpunkte im Bereich der Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien, deren Häufigkeit des Auftretens in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet wird:

Ziffer	Kriterien	nie oder sehr selten	selten (ein- bis dreimal innerhalb von 2 Wochen)	häufig (zweimal bis mehrmals wöchentlich, aber nicht täglich)	täglich
3.1	Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	0	1	3	5
3.2	Nächtliche Unruhe	0	1	3	5
3.3	Selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten	0	1	3	5
3.4	Beschädigen von Gegenständen	0	1	3	5
3.5	Physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen	0	1	3	5
3.6	Verbale Aggression	0	1	3	5
3.7	Andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten	0	1	3	5
3.8	Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen	0	1	3	5
3.9	Wahnvorstellungen	0	1	3	5
3.10	Ängste	0	1	3	5
3.11	Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage	0	1	3	5
3.12	Sozial inadäquate Verhaltensweisen	0	1	3	5
3.13	Sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen	0	1	3	5

Modul 4: Einzelpunkte im Bereich der Selbstversorgung

Das Modul umfasst dreizehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.12

Die Ausprägungen der Kriterien 4.1 bis 4.12 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
4.1	Waschen des vorderen Oberkörpers	0	1	2	3
4.2	Körperpflege im Bereich des Kopfes (Kämmen, Zahnpflege/Prothesenreinigung, Rasieren)	0	1	2	3
4.3	Waschen des Intimbereichs	0	1	2	3
4.4	Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare	0	1	2	3
4.5	An- und Auskleiden des Oberkörpers	0	1	2	3
4.6	An- und Auskleiden des Unterkörpers	0	1	2	3
4.7	Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken	0	1	2	3
4.8	Essen	0	3	6	9
4.9	Trinken	0	2	4	6
4.10	Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls	0	2	4	6
4.11	Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	0	1	2	3
4.12	Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma	0	1	2	3

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 4.8 sowie die Ausprägung der Kriterien der Ziffern 4.9 und 4.10 werden wegen ihrer besonderen Bedeutung für die pflegerische Versorgung stärker gewichtet.

Die Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 4.11 und 4.12 gehen in die Berechnung nur ein, wenn bei der Begutachtung beim Versicherten darüber hinaus die Feststellung "überwiegend inkontinent" oder "vollständig inkontinent" getroffen wird oder eine künstliche Ableitung von Stuhl oder Harn erfolgt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.13

Die Ausprägungen des Kriteriums 4.13 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt	teilweise	vollständig
4.13	Ernährung parental oder über Sonde	0	6	3

Das Kriterium ist mit "entfällt" (0 Punkte) zu bewerten, wenn eine regelmäßige und tägliche parenterale Ernährung oder Sondenernährung auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, nicht erforderlich ist. Kann die parenterale Ernährung oder Sondenernährung ohne Hilfe durch andere selbständig durchgeführt werden, werden ebenfalls keine Punkte vergeben.

Das Kriterium ist mit "teilweise" (6 Punkte) zu bewerten, wenn eine parenterale Ernährung oder Sondenernährung zur Vermeidung von Mangelernährung mit Hilfe täglich und zusätzlich zur oralen Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit erfolgt.

Das Kriterium ist mit "vollständig" (3 Punkte) zu bewerten, wenn die Aufnahme von Nahrung oder Flüssigkeit ausschließlich oder nahezu ausschließlich parenteral oder über eine Sonde erfolgt.

Bei einer vollständigen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung werden weniger Punkte vergeben als bei einer teilweisen parenteralen Ernährung oder Sondenernährung, da der oft hohe Aufwand zur Unterstützung bei der oralen Nahrungsaufnahme im Fall ausschließlich parenteraler oder Sondenernährung weitgehend entfällt.

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 4.K

Bei Kindern im Alter bis 18 Monate werden die Kriterien der Ziffern 4.1 bis 4.13 durch das Kriterium 4.K ersetzt und wie folgt gewertet:

Ziffer	Kriterium	Einzelpunkte
4.K	Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen	20

Modul 5: Einzelpunkte im Bereich der Bewältigung von und des selbständigen Umgangs mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Das Modul umfasst sechzehn Kriterien:

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien 5.1 bis 5.7 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.1	Medikation	0			
5.2	Injektionen (subcutan oder intramuskulär)	0			
5.3	Versorgung intravenöser Zugänge (Port)	0			
5.4	Absaugen und Sauerstoffgabe	0			
5.5	Einreibungen oder Kälte- und Wärmeanwendungen	0			
5.6	Messung und Deutung von Körperzuständen	0			
5.7	Körpernahe Hilfsmittel	0			
	Summe der Maßnahmen aus 5.1 bis 5.7	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.1 bis 5.7

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal täglich	mindestens einmal bis maximal dreimal täglich	mehr als dreimal bis maximal achtmal täglich	mehr als achtmal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.1 bis 5.7 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.1 bis 5.7 summiert (erfolgt zum Beispiel täglich dreimal eine Medikamentengabe - Kriterium 5.1 - und einmal Blutzuckermessen - Kriterium 5.6 -, entspricht dies 4 Maßnahmen pro Tag). Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Die durchschnittliche Häufigkeit der Maßnahmen pro Tag bei den Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11 wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterien in Bezug auf	entfällt oder selbständig	Anzahl der Maßnahmen pro Tag	Anzahl der Maßnahmen pro Woche	Anzahl der Maßnahmen pro Monat
5.8	Verbandswechsel und Wundversorgung	0			
5.9	Versorgung mit Stoma	0			
5.10	Regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden	0			
5.11	Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung	0			
	Summer der Maßnahmen aus 5.8 bis 5.11	0			
	Umrechnung in Maßnahmen pro Tag	0			

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.8 bis 5.11

Maßnahme pro Tag	keine oder seltener als einmal wöchentlich	ein- bis mehrmals wöchentlich	ein- bis zweimal täglich	mindestens dreimal täglich
Einzelpunkte	0	1	2	3

Für jedes der Kriterien 5.8 bis 5.11 wird zunächst die Anzahl der durchschnittlich durchgeführten Maßnahmen, die täglich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Tag, die Maßnahmen, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Woche und die Maßnahmen, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, in der Spalte pro Monat erfasst. Berücksichtigt werden nur Maßnahmen, die vom Versicherten nicht selbständig durchgeführt werden können.

Die Zahl der durchschnittlich durchgeführten täglichen, wöchentlichen und monatlichen Maßnahmen wird für die Kriterien 5.8 bis 5.11 summiert. Diese Häufigkeit wird umgerechnet in einen Durchschnittswert pro Tag. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Monat in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Monat durch 30 geteilt. Für die Umrechnung der Maßnahmen pro Woche in Maßnahmen pro Tag wird die Summe der Maßnahmen pro Woche durch 7 geteilt.

Einzelpunkte für die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.K

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit von zeit- und technikintensiven Maßnahmen in häuslicher Umgebung, die auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, wird in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium in Bezug auf	entfällt oder selbständig	täglich	wöchentliche Häufigkeit multipilziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.12	Zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung	0	60	8,6	2

Für das Kriterium der Ziffer 5.12 wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die wöchentlich vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Maßnahmen, die monatlich vorkommen, erfasst. Kommen Maßnahmen regelmäßig täglich vor, werden 60 Punke vergeben.

Jede regelmäßige wöchentliche Maßnahme wird mit 8,6 Punkten gewertet. Jede regelmäßige monatliche Maßnahme wird mit zwei Punkten gewertet.

Die durchschnittliche wöchentliche oder monatliche Häufigkeit der Kriterien 5.13 bis 5.K wird wie folgt erhoben und mit den nachstehenden Punkten gewertet:

Ziffer	Kriterien	entfällt oder selbständig	wöchentliche Häufigkeit multipliziert mit	monatliche Häufigkeit multipliziert mit
5.13	Arztbesuche	0	4,3	1
5.14	Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (bis zu 3 Stunden)	0	4,3	1
5.15	Zeitlich ausgedehnte Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen (länger als 3 Stunden)	0	8,6	2
5.K	Besuche von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern	0	4,3	1

Für jedes der Kriterien 5.13 bis 5.K wird zunächst die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die wöchentlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, und die Anzahl der regelmäßig und mit durchschnittlicher Häufigkeit durchgeführten Besuche, die monatlich und auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, vorkommen, erfasst. Jeder regelmäßige monatliche Besuch wird mit einem Punkt gewertet. Jeder regelmäßige wöchentliche Besuch wird mit 4,3 Punkten gewertet. Handelt es sich um zeitlich ausgedehnte Arztbesuche oder Besuche von anderen medizinischen oder therapeutischen Einrichtungen, werden sie doppelt gewertet.

Die Punkte der Kriterien 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden addiert. Die Kriterien der Ziffern 5.12 bis 5.15 - bei Kindern bis 5.K - werden anhand der Summe der so erreichten Punkte mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Summe	Einzelpunkte
0 bis unter 4,3	0
4,3 bis unter 8,6	1
8,6 bis unter 12,9	2
12,9 bis unter 60	3
60 und mehr	6

Einzelpunkte für das Kriterium der Ziffer 5.16

Die Ausprägungen des Kriteriums der Ziffer 5.16 werden in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Einzelpunkten gewertet:

Ziffer	Kriterium	entfällt oder selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
5.16	Einhalten einer Diät und anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften	0	1	2	3

Modul 6: Einzelpunkte im Bereich der Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte

Das Modul umfasst sechs Kriterien, deren Ausprägungen in den folgenden Kategorien mit den nachstehenden Punkten gewertet werden:

Ziffer	Kriterien	selbständig	überwiegend selbständig	überwiegend unselbständig	unselbständig
6.1	Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen	0	1	2	3
6.2	Ruhen und Schlafen	0	1	2	3
6.3	Sichbeschäftigen	0	1	2	3
6.4	Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen	0	1	2	3
6.5	Interaktion mit Personen im direkten Kontakt	0	1	2	3
6.6	Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds	0	1	2	3

Anlage 2 (zu § 15)

Bewertungssystematik (Summe der Punkte und gewichtete Punkte)
Schweregrad der Beeinträchtigung der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten im Modul

Module	Gewichtung	0 Keine	1 Geringe	2 Erhebliche	3 Schwere	4 Schwerste	
1. Mobilität	10 %	0 - 1	2 - 3	4 - 5	6 - 9	10 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 1
		0	2,5	5	7,5	10	Gewichtete Punkte im Modul 1
2. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten	15 %	0 - 1	2 - 5	6 - 10	11 - 16	17 - 33	Summe der Einzelpunkte im Modul 2
3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen		0	1 - 2	3 - 4	5 - 6	7 - 65	Summe der Einzelpunkte im Modul 3
Höchster Wert aus Modul 2 oder Modul 3		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte für die Module 2 und 3
4. Selbstversorgung	40 %	0 - 2	3 - 7	8 - 18	19 - 36	37 - 54	Summe der Einzelpunkte im Modul 4
		0	10	20	30	40	Gewichtete Punkte im Modul 4
5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	20 %	0	1	2 - 3	4 - 5	6 - 15	Summe der Einzelpunkte im Modul 5
		0	5	10	15	20	Gewichtete Punkte im Modul 5
6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte	15 %	0	1 - 3	4 - 6	7 - 11	12 - 18	Summe der Einzelpunkte im Modul 6
		0	3,75	7,5	11,25	15	Gewichtete Punkte im Modul 6

7. Außerhäusliche Aktivitäten	Die Berechnung einer Modulbewertung ist entbehrlich, da die Darstellung der qualitativen Ausprägung bei den einzelnen Kriterien ausreichend ist, um Anhaltspunkte für eine Versorgungs- und Pflegeplanung ableiten zu können.
8. Haushaltsführung	