Versicherungsbedingungen

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

Teil A - Leistungsbausteine

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

PflegePolice Flexi E228

		Seite
1.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.	Leistung aus der Überschussbeteiligung	4
3.	Leistungsempfänger und Überweisung der Leistungen	6
4.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	7
5.	Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	8
6.	Erklärung über unsere Leistungspflicht	10
7.	Kosten Ihres Vertrags	10
8.	Beitragsfreistellung	11
9.	Kündigung	12
10.	Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten	12
11.	Abänderungen zur PflegePolice Flexi E228	14

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

		Seite
1.	Vorvertragliche Anzeigepflicht	16
2.	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	16
3.	Weitere Mitwirkungspflichten	17
4.	Abänderungen zum Teil B	18

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

		Seite
1.	Beginn des Versicherungsschutzes	19
2.	Versicherungsschein	19
3.	Deutsches Recht	19
4.	Adressaten für Beschwerden	19
5.	Zuständiges Gericht	19
6.	Verjährung	20
7.	Informationen während der Vertragslaufzeit	20
8.	Abänderungen zum Teil C	20

Erläuterung von Fachausdrücken

Am Ende unserer Versicherungsbedingungen finden Sie Definitionen zu den wichtigsten im Text verwendeten Fachausdrücken. Im Text des 1. Bausteins haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: →**Versicherungsnehmer**.

	Seite
Erläuterung von Fachausdrücken	21

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

Hier finden Sie die besonderen Regelungen zu den einzelnen Bausteinen, die Sie bei uns abgeschlossen haben. Sie erfahren insbesondere, welche Leistungen wir erbringen und in welchen Fällen die Leistung eingeschränkt oder ausgeschlossen ist. Daneben werden besondere Pflichten und Obliegenheiten beschrieben, die Sie beachten müssen. Pflichten und Obliegenheiten, die für alle Bausteine gelten, finden Sie auch in Teil B.

PflegePolice Flexi E228

Hier finden Sie die Regelungen Ihrer PflegePolice Flexi.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit?
1.2 Welche Leistung erbringen wir bei Tod?
1.3 Wann entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung?
1.4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.5 Welche individuelle Pflegebegleitung erbringen wir?
1.6 Welche Aufwendungen für ein Haus-Notruf-System ersetzen wir?
1.7 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?
1.8 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit?

(1) Zahlung einer Pflegerente

Wenn die →**versicherte Person** während der Versicherungsdauer der PflegePolice Flexi pflegebedürftig (siehe Ziffer 1.4) wird, zahlen wir die vereinbarte Pflegerente. Die Höhe der Pflegerente richtet sich nach der von Ihnen gewählten Höhe der Pflegerente im jeweiligen Pflegegrad (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2).

Die Pflegerente zahlen wir, solange die →**versicherte Person** lebt. Wir erbringen diese nicht mehr, wenn die Pflegebedürftigkeit wegfällt.

Die Pflegebedürftigkeit wird in 5 Pflegegrade eingeteilt (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2). Wenn sich der Pflegegrad (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) ändert, zahlen wir dementsprechend eine höhere oder niedrigere Pflegerente.

Wenn die →**versicherte Person** mindestens 18 Monate durchgehend in den Pflegegrad 5 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft ist, gehen wir von einer dauerhaften Einstufung in den Pflegegrad 5 aus. In diesem Fall zahlen wir die Pflegerente in Höhe der in Pflegegrad 5 vereinbarten Rente weiter, solange die →**versicherte Person** lebt.

Die Pflegerente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich jeweils am 1. →**Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen. Die 1. Rentenzahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig.

(2) Befreiung von der Beitragszahlungspflicht bei Einstufung mindestens in Pflegegrad 2

Wenn die →**versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) mindestens in den Pflegegrad 2 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft wird, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht für die PflegePolice Flexi, solange die versicherte Person lebt. Wir befreien Sie nicht mehr von der Beitragszahlungspflicht, wenn die →**versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit nicht mehr mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

Wenn die →**versicherte Person** mindestens 18 Monate durchgehend in den Pflegegrad 5 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft ist, gehen wir von einer dauerhaften Einstufung in den Pflegegrad 5 aus. In diesem Fall bleibt die Versicherung von der Beitragszahlungspflicht befreit, solange die →**versicherte Person** lebt.

(3) Zahlung eines vereinbarten Kapitals bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3

Wenn Sie eine einmalige Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 vereinbart haben und die →**versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) erstmalig mindestens in den Pflegegrad 3 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft wird, zahlen wir einmalig die vereinbarte Kapitalzahlung.

1.2 Welche Leistung erbringen wir bei Tod?

Wenn die →**versicherte Person** stirbt und bei Eintritt des Todes nicht pflegebedürftig (siehe Ziffer 1.4) ist oder aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) in Pflegegrad 1 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft wird, erbringen wir eine Leistung in Höhe der bis dahin gezahlten Beiträge für Ihre PflegePolice Flexi, maximal jedoch einen Betrag in Höhe einer gesamten jährlichen Pflegerente in Pflegegrad 5 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2), wobei von dieser Leistung bereits gezahlte gesamte Pflegerenten abgezogen werden. Die maximale Leistung bei Tod berechnen wir während der gesamten Vertragsdauer mit dem bei Vertragsschluss zugrunde gelegten →**Überschussanteilsatz** (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 2 a)).

1.3 Wann entsteht der Anspruch auf die Versicherungsleistung?

(1) Anspruch auf Zahlung einer Pflegerente

Der Anspruch auf Pflegerente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) eingetreten ist.

(2) Anspruch auf Beitragsbefreiung ab Pflegegrad 2

Der Anspruch auf Beitragsbefreiung entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die →**versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) mindestens in den Pflegegrad 2 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft wird.

(3) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

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. 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. 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.

1.4 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Die →**versicherte Person** ist pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn sie aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Absatz 1) mindestens in Pflegegrad 1 (siehe Absatz 2) eingestuft wird. Die Leistungen nach Ziffer 1.1 sowie das Fortbestehen der Leistungsansprüche nach Beitragsfreistellung nach Ziffer 8.1 Absatz 5 setzen einen bestimmten Pflegegrad voraus.

(1) Begriff und Dauer der Pflegebedürftigkeit
Pflegebedürftigkeit der →**versicherten Person** liegt vor, wenn
- sie gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten aufweist und deshalb der Hilfe anderer bedarf und
- sie 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 Ihrer PflegePolice Flexi 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 Ihrer PflegePolice Flexi 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.

(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 Ihrer PflegePolice Flexi keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

Die **→versicherte Person** 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:

- Pflegegrad 1: ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkte.
- Pflegegrad 2: ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkte.
- Pflegegrad 3: ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkte.
- Pflegegrad 4: ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkte.
- Pflegegrad 5: ab 90 bis 100 Gesamtpunkte.

1.5 Welche individuelle Pflegebegleitung erbringen wir?

(1) Geltungsbereich der individuellen Pflegebegleitung
Die individuelle Pflegebegleitung erbringen wir nur in Deutschland und beziehen sie nur auf Pflegeleistungen und Angebote in Deutschland.

(2) Art und Umfang der individuellen Pflegebegleitung
Die individuelle Pflegebegleitung erfolgt ergänzend zur Pflegeberatung der privaten oder sozialen Pflegepflichtversicherung.

Wenn sich die individuelle Pflegebegleitung auf die **→versicherte Person** bezieht, erbringen wir die Leistungen gegenüber
- der versicherten Person,
- **→nahen Angehörigen** nach § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) - wie zum Beispiel Eltern, Groß- oder Schwiegereltern, Ehe- oder Lebenspartner oder Kinder und
- Pflegepersonen. Pflegepersonen sind Personen, die den Pflegebedürftigen nicht erwerbsmäßig in seiner häuslichen Umgebung pflegen.

Wir erbringen die Leistungen gegenüber der **→versicherten Person** auch dann, wenn sich die individuelle Pflegebegleitung auf einen **→nahen Angehörigen** bezieht.

(3) Unser Beratungsangebot telefonisch oder vor Ort

a) Unser Leistungsangebot
- Wir beraten über Pflegeleistungen verschiedener Träger, wie zum Beispiel der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung und der Sozialhilfe.
- Wir unterstützen bei der Beantragung von Pflegeleistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI.

Außerdem beraten wir über, nennen oder vermitteln:
- Pflegeleistungen, wie zum Beispiel ambulante Pflegedienste, stationäre Pflegeeinrichtungen, Einrichtungen der teilstationären und der Kurzzeitpflege. Diese Leistungen erbringen wir innerhalb von 24 Stunden nach der Anfrage,
- Pflegeschulungen für Pflegepersonen der **→versicherten Person** oder des **→nahen Angehörigen**,
- Informationen zur Prävention (zum Beispiel Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung),
- Demenzberatung,
- Psychosoziale Beratung und Begleitung,
- Angebote von Selbsthilfegruppen, psychosozialen Einrichtungen, Verbänden oder sonstigen Institutionen im Gesundheitswesen,
- Wohnumfeldberatungen und
- behindertengerechte Umgestaltung von Fahrzeugen.

b) Ort der Leistungserbringung
Wir erbringen unsere Leistungen während der gesamten Vertragsdauer
- telefonisch oder
- auf Wunsch bei der **→versicherten Person** oder dem **→nahen Angehörigen** zuhause.

(4) Weitere rein telefonische Beratungen
Wir beraten über, nennen oder vermitteln außerdem während der gesamten Vertragsdauer telefonisch
- Assistanceleistungen, wie zum Beispiel Erledigung von Einkäufen und Besorgungen oder Wäscheservice, Wohnungsreinigung, Unterbringung von Haustieren, Gartenpflege und Schneeräumdienst.
- Angebote im Bereich Freizeit, Bildung und Reise.

1.6 Welche Aufwendungen für ein Haus-Notruf-System ersetzen wir?

(1) Geltungsbereich
Wir ersetzen nur Aufwendungen für ein Haus-Notruf-System in Deutschland.

(2) Versicherte Leistungen
Wir ersetzen 100 Prozent der Aufwendungen für
- ein Haus-Notruf-System. Dies umfasst die Aufwendungen für ein Haus-Notruf-Gerät samt Sender und für die Notruf-Hotline.
- den Schlüssel- und Einsatzdienst.

Wenn die bei Vertragsschluss vereinbarte garantierte Pflegerente auf Ihre Veranlassung hin reduziert wird, behalten wir uns vor, die versicherten Leistungen für ein Haus-Notruf-System im gleichen Verhältnis zu kürzen.

(3) Voraussetzungen
- Die **→versicherte Person** ist pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen (siehe Ziffer 1.4) und wir zahlen an Sie eine Pflegerente.

- Das System ist von einem Träger der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung anerkannt. Das ist jeder Träger der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung.
- Das Haus-Notruf-Gerät und der Sender werden außerdem in der deutschen Wohnung der →**versicherten Person** eingerichtet.

(4) Versicherter Höchstbetrag
Der Ersatz der Aufwendungen ist auf höchstens 30 Euro pro →**versicherte Person** und Monat begrenzt. Wir sind nicht leistungspflichtig für Aufwendungen, die verbleiben, weil der versicherte Höchstbetrag überschritten worden ist.

(5) Vorrangige Leistungspflicht der gesetzlichen Pflege-Pflichtversicherung
Wenn für die →**versicherte Person** aus der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung Anspruch auf Leistungen für ein Haus-Notruf-System besteht, geht dieser Anspruch unserer Leistungspflicht vor. Wir sind in diesem Fall nur für solche Aufwendungen leistungspflichtig, die nach Vorleistung der privaten oder sozialen Pflege-Pflichtversicherung verbleiben.

1.7 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss
Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:
- für die versicherten Leistungen unsere unternehmenseigene Pflegetafel "AZ 2016 P U" (→**Tafeln**),
- den →**Rechnungszins** 1,0 Prozent und
- die →**Kosten** der PflegePolice Flexi (siehe dazu Ziffer 7.1).

(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** der PflegePolice Flexi), die wir bei Vertragsschluss 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 Vertragsschluss 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** der PflegePolice Flexi 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.

1.8 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus Ihrer Versicherung besteht weltweit.

2. Leistung aus der Überschussbeteiligung

Für die Überschussbeteiligung gelten die folgenden Regelungen.

Inhalt dieses Abschnitts:
2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?
2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?
2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

2.1 Was sind die Grundlagen der Überschussbeteiligung?

(1) Keine Garantie der Höhe der Überschussbeteiligung
Wir können die Überschussbeteiligung der Höhe nach nicht garantieren. Zum einen hängt die Höhe der Überschussbeteiligung von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Kapitalmarkts. Aber auch die Entwicklung der von uns versicherten Risiken und der Kosten ist von Bedeutung. Zum anderen erfolgt die Überschussbeteiligung nach einem verursachungsorientierten Verfahren (siehe dazu im Einzelnen die Ziffer 2.2). **Im ungünstigsten Fall kann die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags der Höhe nach null sein.**

Wir informieren Sie jährlich über die Entwicklung der Überschussbeteiligung.

(2) Komponenten der Überschussbeteiligung
Die Überschussbeteiligung umfasst 2 Komponenten:
- die Beteiligung an den Überschüssen (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.2) und
- die Beteiligung an den →**Bewertungsreserven** (siehe dazu insbesondere die Ziffer 2.3).

Wir beachten bei der Überschussbeteiligung die jeweils geltenden Vorgaben
- des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG), insbesondere § 153 VVG,
- des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG), insbesondere die §§ 139 und 140 VAG
- sowie die dazu ergangenen Rechtsverordnungen in der jeweils geltenden Fassung, insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung - MindZV).

(3) Maßgebende Überschüsse und Bewertungsreserven
Grundlage für die Beteiligung am Überschuss ist der Überschuss, den wir jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln. Wir legen mit der Feststellung des Jahresabschlusses - unter Beachtung aufsichtsrechtlicher Vorgaben - fest, welcher Teil des jährlichen Überschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Diesen Teil des Überschusses führen wir der →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** zu, soweit er nicht unmittelbar den überschussberechtigten Verträgen gut geschrieben wird. Die →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** darf nur für die Überschussbeteiligung der →**Versicherungsnehmer** verwendet werden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der für uns zuständigen Aufsichtsbehörde abweichen.

Grundlage für die Beteiligung an den →**Bewertungsreserven** sind die Bewertungsreserven, die wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs (HGB) ermitteln und die nach den maßgebenden Vorschriften des Versicherungsaufsichtsrechts für die Beteiligung an den Bewertungsreserven aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung stehen.

Aus der Zuführung zur →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** ergeben sich für Ihren Vertrag keine Ansprüche auf eine bestimmte Überschussbeteiligung.

2.2 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Überschüssen?

Die Beteiligung an den Überschüssen erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Folgenden erläutern wir Ihnen,
- warum wir Überschussgruppen bilden (siehe Ziffer 2.2.1),
- wie wir zur Ermittlung der Überschussanteile Ihres Vertrags →**Überschussanteilsätze** festlegen (siehe Ziffer 2.2.2) und
- wie Ihr Vertrag während der Vertragsdauer an den Überschüssen beteiligt wird (siehe Ziffer 2.2.3).

Die Mittel für die Beteiligung am Überschuss werden grundsätzlich der →**Rückstellung für Beitragsrückerstattung** entnommen (siehe Ziffer 2.1 Absatz 3). Nur wenn sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut geschrieben werden, werden sie zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert.

2.2.1 Bildung von Überschussgruppen

Versicherungen tragen in unterschiedlichem Maß zu der Entstehung von Überschüssen bei. Wir fassen deshalb vergleichbare Versicherungen zu sogenannten Überschussgruppen zusammen. Innerhalb der Überschussgruppen gibt es verschiedene Untergruppen, mit denen wir weitere bestehende Unterschiede berücksichtigen. Die Zuordnung der einzelnen Verträge zu einer Überschuss- und Untergruppe erfolgt zum Beispiel in Abhängigkeit von
- der Art des versicherten Risikos (zum Beispiel Todesfall- oder Pflegerisiko),
- der Phase, in der sich die Versicherung befindet (zum Beispiel vor oder nach Rentenbeginn),
- dem Versicherungsbeginn oder
- der Art der Beitragszahlung.

Die für alle überschussberechtigten Verträge vorgesehenen Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Überschuss- und Untergruppen. Dabei orientieren wir uns daran, in welchem Umfang die Überschuss- und Untergruppen zur Entstehung der Überschüsse beigetragen haben.

Die Information, zu welcher Überschuss- und Untergruppe Ihre Versicherung gehört, finden Sie in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Überschussgruppen und Untergruppen liegen der Versicherung zugrunde?". Die Gruppenzuordnung ist maßgeblich für die spätere Zuteilung der Überschussanteile.

2.2.2 Festlegung der Überschussanteilsätze

Zur Ermittlung der Überschussanteile, die Ihrem Vertrag zugeteilt werden (siehe Ziffer 2.2.3), legt der Vorstand auf Vorschlag des →**Verantwortlichen Aktuars** vor Beginn eines jeden Kalenderjahres die Höhe der →**Überschussanteilsätze** für die Dauer eines Jahres fest (sogenannte Überschussdeklaration).

Die →**Überschussanteilsätze** werden für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen (siehe Ziffer 2.2.1) sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffer 2.2.3) als Prozentsätze bestimmter →**Bezugsgrößen** festgelegt. Die Festlegung der →**Überschussanteilsätze** kann im ungünstigsten Fall dazu führen, dass der einzelne Vertrag keine Überschussanteile oder nicht alle für ihn in Betracht kommenden Arten von Überschussanteilen (siehe Ziffer 2.2.3) erhält.

Die →**Überschussanteilsätze** werden jährlich im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht, den Sie jederzeit bei uns anfordern können, oder wir teilen sie Ihnen auf andere Weise mit.

2.2.3 Laufende Beteiligung am Überschuss

Wir beteiligen die Versicherung in Abhängigkeit von der Zuordnung Ihrer Versicherung zu einer Überschuss- bzw. Untergruppe 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. Dabei legen wir die jeweils festgelegten →**Überschussanteilsätze** (siehe Ziffer 2.2.2) und die jeweilige →**Bezugsgröße** zugrunde.

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

a) Bezugsgröße der Überschussanteile der Pflegerente, wenn keine laufenden Pflegerenten gezahlt werden

→**Bezugsgröße** der Überschussanteile der Pflegerente ist, wenn keine laufenden Pflegerenten gezahlt werden, die vertraglich vereinbarte Pflegerente.

b) Bezugsgröße der Überschussanteile der vereinbarten Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3

Wenn Sie eine Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 vereinbart haben (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3), ist die →**Bezugsgröße** der Überschussanteile der vereinbarten Kapitalzahlung bei
- beitragspflichtigen und beitragsfreien Versicherungen und
- wenn laufende Pflegerenten aufgrund Einstufung in den Pflegegrad 1 oder 2 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) gezahlt werden,

die vertraglich vereinbarte Kapitalzahlung.

c) Bezugsgröße der Überschussanteile der Pflegerente bei laufenden Pflegerenten

Wenn laufende Pflegerenten gezahlt werden, ist die →**Bezugsgröße** vor allem abhängig
- vom Alter der →**versicherten Person**,
- von der vereinbarten Rentenzahlungsdauer und
- von der Höhe der vertraglich vereinbarten Pflegerente.

Sie wird nach versicherungsmathematischen Grundsätzen ermittelt.

(2) Verwendung der jährlichen Überschussanteile

a) Verwendung, wenn keine laufenden Pflegerenten gezahlt werden

Wenn keine laufenden Pflegerenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegerente festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegerente (Überschussrente), die in Prozent der vertraglich vereinbarten Pflegerente festgesetzt wird. Ihre Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vertraglich vereinbarten Pflegerente überein.

Wenn Sie eine Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 vereinbart haben (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3), finanzieren wir mit den für diese Kapitalzahlung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) (Bonus), die in Prozent der vertraglich vereinbarten Kapitalzahlung festgesetzt wird.

Die jährlichen Überschussanteile, die zur Finanzierung einer beitragsfreien Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegerente (Überschussrente) bestimmt sind, können aufgrund der jährlichen Festlegung durch den Vorstand in einem Versicherungsjahr unter denen des Vorjahres liegen. In diesem Fall können Sie ohne erneute Risikoprüfung zu Beginn dieses Versicherungsjahres die vertraglich vereinbarte Pflegerente um genau den Unterschiedsbetrag beitragspflichtig erhöhen.

Wenn Sie eine Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 vereinbart haben (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3), können ebenfalls die jährlichen Überschussanteile, die zur Finanzierung einer beitragsfreien Anwartschaft auf diese Kapitalzahlung bestimmt sind, aufgrund der jährlichen Festlegung durch den Vorstand in einem Versicherungsjahr unter denen des Vorjahres liegen. Auch dann können Sie ohne erneute Risikoprüfung zu Be-

ginn dieses Versicherungsjahres die vertraglich vereinbarte Kapitalzahlung um genau den Unterschiedsbetrag beitragspflichtig erhöhen.

In einem solchen Fall werden wir Sie rechtzeitig informieren. Sie haben dann 6 Wochen Zeit, sich für die Erhöhung der Pflegerente bzw. der Kapitalzahlung zu entscheiden. Voraussetzung für das Erhöhungsrecht ist, dass die →**versicherte Person** zu Beginn des betreffenden Versicherungsjahres nicht pflegebedürftig (siehe Ziffer 1.4) ist.

In einem solchen Fall erhöht sich der Beitrag nicht im selben Verhältnis wie die Versicherungsleistung.

Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin aktuellen Vertragsdaten, insbesondere nach
- dem →**rechnungsmäßigen Alter** der →**versicherten Person**,
- der Beitragszahlungsdauer und
- einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag

Wir berechnen die Erhöhung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2.

Für die Berechnung der maximalen Leistung bei Tod nach Ziffer 1.2 legen wir den bei Vertragsschluss für Ihre Pflegerente festgelegten →**Überschussanteilsatz** zugrunde.

b) Verwendung bei laufenden Pflegerenten
Wenn laufende Pflegerenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegerente und eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegerente. Diese zusätzliche Pflegerente ist selbst wiederum wie laufende Pflegerenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der zusätzlichen beitragsfreien Pflegerente gelten die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2. Die Leistungsdauern der zusätzlichen Pflegerente und die der Anwartschaften auf Pflegerente stimmen mit derjenigen der versicherten Pflegerente überein.

Wenn Sie eine Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 vereinbart haben (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3) und laufende Pflegerenten aufgrund der Einstufung in den Pflegegrad 1 oder 2 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) gezahlt werden, finanzieren wir mit den für diese Kapitalzahlung festgelegten Überschussanteilen eines Versicherungsjahres eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Kapitalzahlung bei Eintritt von schwerer Pflegebedürftigkeit (Bonus), die in Prozent der versicherten Kapitalzahlung festgesetzt wird.

2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

(1) Beteiligung vor Rentenbeginn
Die Beteiligung an den →**Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Auf Ihre Versicherung entfallen allerdings vor Rentenbeginn keine oder nur geringe →**Bewertungsreserven**, da für die Bildung von Kapitalanlagen, aus denen Bewertungsreserven entstehen können, keine oder nur geringe Beträge zur Verfügung stehen.

(2) Beteiligung laufender Renten
Laufende Renten werden an den →**Bewertungsreserven** über eine angemessen erhöhte Beteiligung an den Überschüssen beteiligt. Bei der Festlegung der →**Überschussanteilsätze** im Rahmen der Ermittlung der Überschussanteile wird insbesondere die aktuelle Bewertungsreservensituation berücksichtigt.

(3) Vorrang aufsichtsrechtlicher Regelungen
Bei der Beteiligung an den →**Bewertungsreserven** sind wir an die aufsichtsrechtlichen Vorschriften zur Sicherstellung der dauernden Erfüllbarkeit der Verpflichtungen aus den Versicherungen gebunden. **Die Beteiligung an den →Bewertungsreserven kann dadurch - im ungünstigsten Fall - der Höhe nach null sein.**

3. Leistungsempfänger und Überweisung der Leistungen

Inhalt dieses Abschnitts:
3.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und wie können Sie hierzu Bestimmungen treffen?
3.2 Was gilt bei Überweisung der Leistungen?

3.1 An wen zahlen wir die Versicherungsleistungen und wie können Sie hierzu Bestimmungen treffen?

(1) Leistungsempfänger und widerrufliches Bezugsrecht
Die Leistungen aus dem Vertrag erbringen wir an Sie als unseren →**Versicherungsnehmer** oder an Ihre Erben, wenn Sie uns keine andere Person benannt haben, der die Ansprüche aus dem Vertrag bei deren Fälligkeit zustehen sollen (Bezugsberechtigter). Bis zur jeweiligen Fälligkeit können Sie das Bezugsrecht jederzeit ändern oder widerrufen (widerrufliches Bezugsrecht), gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Nach dem Tod der →**versicherten Person** kann das Bezugsrecht nicht mehr geändert oder widerrufen werden.

(2) Unwiderrufliches Bezugsrecht
Sie können ausdrücklich bestimmen, dass dem Bezugsberechtigten die Ansprüche aus dem Vertrag sofort und unwiderruflich zustehen sollen. Sobald wir Ihre Erklärung erhalten haben, kann dieses Bezugsrecht nur noch aufgehoben werden, wenn der Bezugsberechtigte zustimmt, gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter.

(3) Bezugsberechtigter (Begünstigter Personenkreis)
Als widerruflich Bezugsberechtigten nach Absatz 1 und als unwiderruflich Bezugsberechtigten nach Absatz 2 kann ausschließlich die →**versicherte Person** oder ein →**naher Angehöriger** der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder gemäß § 15 Abgabenordnung (AO) benannt werden (zum Beispiel Ehegatte, eingetragener Lebenspartner, Lebensgefährte, Verwandte in gerader Linie, Geschwister).

Die Beschränkung auf diesen Personenkreis gilt nicht, wenn die Versicherung zur Sicherung einer Verbindlichkeit der →**versicherten Person** oder eines nahen Angehörigen der versicherten Person gemäß § 7 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) oder gemäß § 15 Abgabenordnung (AO) nach Absatz 4 abgetreten oder verpfändet wird. In diesem Fall kann der Sicherungsnehmer sich als Bezugsberechtigten benennen.

(4) Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen
Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag auch abtreten oder verpfänden, wenn derartige Verfügungen rechtlich möglich sind, gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter.

(5) Textform
Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (siehe Absätze 1 und 2) sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus Ihrem Vertrag (siehe Absatz 4) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns der bisherige Berechtigte in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) angezeigt hat. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie. Es können aber auch andere Personen sein, wenn Sie vorher bindende Verfügungen vorgenommen haben.

3.2 Was gilt bei Überweisung der Leistungen?

Wir überweisen unsere Leistungen dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Staaten außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte die damit verbundene Gefahr.

4. Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen

Inhalt dieses Abschnitts:

4.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen?
4.2 Was gilt für die Kapitalzahlung bei Tod bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen oder radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen?
4.3 Was gilt bei Selbsttötung für die vereinbarte Kapitalzahlung bei Tod?

4.1 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit ausgeschlossen?

(1) Grundsätzliche Leistungspflicht
Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht bei Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht.

(2) Ausschluss der Leistungspflicht
Wir leisten nicht, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht worden ist

a) durch innere Unruhen, wenn die →**versicherte Person** auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;

b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse.

Wir leisten jedoch, wenn die Pflegebedürftigkeit der →**versicherten Person** während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war. Wir leisten ebenfalls, wenn die Pflegebedürftigkeit bei der Teilnahme der →**versicherten Person** 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 die →**versicherte Person**.

Wir leisten jedoch, wenn die Pflegebedürftigkeit ausschließlich durch eine von der →**versicherten Person** 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, 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 Pflegebedürftigkeit der →**versicherten Person** 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), 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.

4.2 Was gilt für die Kapitalzahlung bei Tod bei Wehrdienst, Unruhen, Krieg oder Einsatz bzw. Freisetzen von ABC-Waffen oder radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen?

(1) Grundsatz
Nach Ziffer 1.2 leisten wir nicht, wenn die →**versicherten Person** bei Eintritt des Todes aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) mindestens in Pflegegrad 2 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft wird. Ansonsten leisten wir grundsätzlich unabhängig davon, auf welcher Ursache der Versicherungsfall beruht. Wir leisten insbesondere auch dann, wenn die →**versicherte Person** bei der Ausübung des Wehr- oder Polizeidienstes oder bei inneren Unruhen gestorben ist.

(2) Eingeschränkte Leistungspflicht
Bei Tod der →**versicherten Person** leisten wir in folgenden Fällen eingeschränkt:

a) Der Tod steht in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen.

Wir leisten jedoch uneingeschränkt, wenn die →**versicherte Person** während eines Aufenthalts außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen stirbt, an denen sie nicht aktiv beteiligt war. Wir leisten ebenfalls uneingeschränkt, wenn die →**versicherte Person** 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) Der Tod steht 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 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.

(3) Auswirkungen der eingeschränkten Leistungspflicht
Die eingeschränkte Leistungspflicht hat folgende Auswirkungen:

Wir zahlen den nach Ziffer 9.2 Absatz 3 berechneten Betrag. Einen Abzug nach Ziffer 9.2 Absatz 4 nehmen wir nicht vor. Wir zahlen insgesamt jedoch höchstens die Leistung, die wir bei Tod der →versicherten Person nach Ziffer 1.2 erbringen würden. Voraussetzung dafür ist, dass wir zum gleichen Zeitpunkt bei Kündigung eine Leistung zahlen würden.

4.3 Was gilt bei Selbsttötung für die vereinbarte Kapitalzahlung bei Tod?

(1) Grundsatz
Bei vorsätzlicher Selbsttötung erbringen wir die vereinbarte Kapitalzahlung bei Tod, wenn seit Abschluss des Vertrags 3 Jahre vergangen sind.

Bei vorsätzlicher Selbsttötung vor Ablauf der 3-Jahres-Frist erbringen wir die Kapitalzahlung bei Tod nur dann uneingeschränkt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Tat
- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden begangen worden ist.

(2) Eingeschränkte Leistungspflicht und Auswirkungen
Wenn die in Absatz 1 genannten Voraussetzungen nicht vorliegen, erbringen wir eine eingeschränkte Leistung nach Ziffer 4.2 Absatz 3.

(3) Änderung oder Wiederherstellung Ihrer Versicherung
Die Absätze 1 und 2 gelten auch bei einer Änderung der Versicherung, die unsere Leistungspflicht erweitert, oder bei einer Wiederherstellung des Versicherungsschutzes.

Wenn die Versicherung geändert oder der Versicherungsschutz wiederhergestellt wird, beginnt die 3-Jahres-Frist bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

5. Ihre Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

5.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?
5.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Pflegebedürftigkeit zu beachten?
5.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit zu beachten?
5.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
5.5 Wann können wir den Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt?
5.6 Welche Unterlagen sind bei Tod der versicherten Person einzureichen?
5.7 Unter welchen Voraussetzungen können wir weitere Nachweise verlangen?
5.8 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

5.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit verlangt werden?

(1) Einreichung von Unterlagen
Wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit 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 Ursache der Pflegebedürftigkeit und

b) das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

c) 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 die →versicherte Person untersucht wurde oder bei denen sie 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.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis c) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.3 Absätze 1 und 2).

Sofern Sie den Ersatz von Aufwendungen für ein Haus-Notruf-System verlangen, sind Nachweise über diese Aufwendungen unverzüglich einzureichen.

(2) 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.

(3) Mitwirkung bei weiteren Untersuchungen und weiteren Nachweisen
Wir können verlangen, dass die →versicherte Person von Ärzten und Sachverständigen unserer Wahl und auf unsere Kosten untersucht wird. Dabei handelt es sich um von uns unabhängige Ärzte und Sachverständige, die nicht bei einer Allianz-Gesellschaft angestellt sind.

Wenn sich die →versicherte Person 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.

(4) 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.

5.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind bei Pflegebedürftigkeit zu beachten?

Wenn eine wesentliche Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigung zu erwarten ist, ist die →**versicherte Person** verpflichtet,
- geeignete Hilfsmittel (zum Beispiel Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und
- sich zumutbaren Heilbehandlungen zu unterziehen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind. Nicht zumutbar sind Heilbehandlungen, die eine Operation vorsehen.

5.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit zu beachten?

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht
Wenn wir anerkannt oder festgestellt haben, dass wir leistungspflichtig sind, sind wir berechtigt zu prüfen, ob die →**versicherte Person** weiterhin pflegebedürftig (siehe Ziffer 1.4) ist und wenn ja, die Einstufung in den Grad der Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2).

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten
Sie müssen uns unverzüglich informieren, wenn sich der Grad der Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) mindert.

Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,
- müssen uns jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- müssen uns folgende Unterlagen eingereicht werden: eine Bescheinigung des Pflegedienstes oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege und das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung, sofern eines erstellt wurde;
- können wir einmal jährlich verlangen, dass sich die →**versicherte Person** von einem durch uns beauftragten Arzt umfassend untersuchen lässt.

Hierbei eventuell entstehende Kosten müssen wir tragen.

Darüber hinaus gelten die in Ziffer 5.1 Absätze 2 und 3 genannten Mitwirkungspflichten.

(3) Wegfall unserer Leistungspflicht oder Anpassung unserer Leistung
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.

In diesem Fall können wir unsere Leistungen mit Ablauf des 3. Monats, nachdem Ihnen unsere Erklärung zugegangen ist, einstellen. Zu diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen, wenn die Beitragszahlungsdauer nicht abgelaufen ist.

Wenn wir feststellen, dass sich der Pflegegrad verändert hat, zahlen wir zum nächsten Monatsersten eine dementsprechend höhere oder niedrigere Pflegerente. Solange die →**versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens in Pflegegrad 2 eingestuft ist, müssen Sie die Beiträge nicht wieder zahlen. Die Anpassung der Pflegerente teilen wir Ihnen in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) mit.

5.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?

(1) Nachteilige Auswirkungen auf unsere Leistungspflicht
Wenn Sie, die →**versicherte Person** oder die Person, die den Anspruch auf Leistungen erhebt, eine der Obliegenheiten nach Ziffer 5.2 und Ziffer 5.3 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.

5.5 Wann können wir den Nachweis verlangen, dass die versicherte Person noch lebt?

Vor jeder Rentenzahlung können wir auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die →**versicherte Person** noch lebt.

5.6 Welche Unterlagen sind bei Tod der versicherten Person einzureichen?

Wenn die →**versicherte Person** stirbt, sind wir hierüber unverzüglich zu informieren.

Folgende Unterlagen sind immer vorzulegen:
- Der Versicherungsschein und
- ein amtliches Zeugnis über den Tod der →**versicherten Person** mit Angaben zum Alter und Geburtsort (Sterbeurkunde) und
- ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache der versicherten Person oder,
- wenn die versicherte Person an einer Krankheit gestorben ist, ein ausführliches ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.

5.7 Unter welchen Voraussetzungen können wir weitere Nachweise verlangen?

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.

5.8 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

Wenn Leistungen aus dem Vertrag beansprucht werden, können wir zusätzlich die Vorlage von Unterlagen mit den nach Teil B Ziffer 3 zu erteilenden Informationen und Daten verlangen.

6. Erklärung über unsere Leistungspflicht

Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?

Während der Leistungsprüfung informieren wir Sie im Abstand von höchstens 4 Wochen über den aktuellen Bearbeitungsstand.

Wenn uns alle erforderlichen Unterlagen vorliegen, erklären wir spätestens nach einer Woche in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail), ob wir leisten und wenn ja, in welchem Umfang und ab welchem Zeitpunkt.

Auf die Möglichkeit eines befristeten Anerkenntnisses verzichten wir ausdrücklich.

7. Kosten Ihres Vertrags

Für die Kosten Ihres Vertrags gelten die folgenden Regelungen. Falls für einzelne Bausteine Besonderheiten gelten, finden Sie diese in den Regelungen des jeweiligen Bausteins.

Inhalt dieses Abschnitts:

7.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?
7.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

7.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?

(1) Abschluss- und Vertriebskosten

Mit Ihrem Vertrag sind Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) verbunden. Diese sind von Ihnen zu tragen. Wir haben die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Ihren Beitrag einkalkuliert, sie müssen daher nicht gesondert gezahlt werden.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) verwenden wir zum Beispiel zur Finanzierung der Kosten für die Vergütung des Versicherungsvermittlers, der Antragsprüfung und der Erstellung der Vertragsunterlagen.

a) Kosten bezogen auf die bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Vertrag mit Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten)

- in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge und
- in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge verteilen wir

- in gleichmäßigen Jahresbeträgen,
- über einen Zeitraum von mindestens 5 Jahren,
- jedoch nicht länger als bis zum Ende der vereinbarten Beitragszahlungsdauer.

Die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Höhe eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge erheben wir erst nach Ablauf des Zeitraums, in welchem wir die Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe eines Prozentsatzes der Summe der bei Vertragsschluss vereinbarten Beiträge in gleichmäßigen Jahresbeträgen verteilt haben (siehe Satz 2). Diese Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) entnehmen wir jedem eingezahlten Beitrag.

Bei einem bei Versicherungsbeginn zusätzlich vereinbarten Einmalbeitrag ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Höhe eines Prozentsatzes des Einmalbeitrags abweichend von Satz 2 einmalig zum Zeitpunkt des Zuflusses ab.

b) Kosten bei Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge

Erhöhungen der Summe der vereinbarten Beiträge belasten wir wie folgt mit Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten):

Solange Sie Beiträge zahlen und, wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Pflegerente (siehe Ziffer 10.1) oder beim dynamischen Zuwachs, belasten wir Ihren Vertrag mit Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Höhe

- eines Prozentsatzes der Differenz zwischen alter und neuer vereinbarter Beitragssumme. Diese Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) verteilen wir ab dem Erhöhungstermin wie in Absatz a) Satz 2 beschrieben.
- eines Prozentsatzes der Differenz aus erhöhtem vereinbarten Beitrag und dem Beitrag einer gesamten vereinbarten Zahlungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1 Absatz 1) vor dieser Erhöhung. Diese Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) erheben wir nach Ablauf des Zeitraums, in welchem wir die Abschluss- und Vertriebskosten in Höhe eines Prozentsatzes der Differenz zwischen alter und neuer vereinbarter Beitragssumme in gleichmäßigen Jahresbeträgen verteilt haben (siehe Absatz a) Satz 2), und entnehmen sie jedem eingezahlten Beitrag.

c) Kosten bei zusätzlichen Einmalbeiträgen während der Beitragszahlungsdauer

Wenn Sie einen zusätzlichen Einmalbeitrag während der Beitragszahlungsdauer erbringen (siehe Ziffer 10.2), fallen Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) in Höhe eines Prozentsatzes des zusätzlichen Einmalbeitrags an. Wir ziehen die Abschluss- und Vertriebskosten (→Kosten) einmalig zum Zeitpunkt des Zuflusses ab.

(2) Verwaltungskosten

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

Solange Sie Beiträge zahlen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→Kosten) in Form

- eines jährlich anfallenden Betrags in Euro und
- eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge. Unter die vereinbarten Beiträge fällt auch ein zusätzlicher Einmalbeitrag bei Versicherungsbeginn.

Wenn wir eine Pflegerente zahlen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→Kosten) in Form eines Prozentsatzes der gezahlten Leistungen.

Dies gilt entsprechend, wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der Pflegerente (siehe Ziffer 10.1).

Wenn Sie zusätzliche Einmalbeiträge während der Beitragszahlungsdauer (siehe Ziffer 10.2) zahlen, entnehmen wir diesen die Verwaltungskosten (→Kosten) in Form eines Prozentsatzes des eingezahlten Beitrags sofort.

(3) Höhe der Kosten

Informationen zur Höhe der →Kosten können Sie Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Kosten fallen an?" entnehmen.

7.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

Sofern uns im Falle eines Lastschriftrückläufers aus einem von Ihnen veranlassten Grund →**Kosten** von Ihrer Bank in Rechnung gestellt werden, stellen wir Ihnen diese Kosten gesondert in Rechnung.

8. Beitragsfreistellung

Inhalt dieses Abschnitts:

8.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?
8.2 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

8.1 Wie kann Ihre Versicherung beitragsfrei gestellt werden?

(1) Voraussetzungen
Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung weitergeführt wird, ohne dass Beiträge gezahlt werden (Beitragsfreistellung). Die Beitragsfreistellung ist zum Ende einer jeden Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) möglich.

(2) Mindestversicherungsleistung
Wenn die beitragsfreie Pflegerente nach den Absätzen 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich mindestens 200 EUR beträgt, wird die garantierte Pflegerente nach Absatz 3 herabgesetzt. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt die Versicherung und wir zahlen den nach Ziffer 9.2 Absätze 3 bis 6 berechneten Betrag.

(3) Auswirkungen
Wenn Sie eine Beitragsfreistellung verlangen, setzen wir die garantierte Pflegerente nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Wenn wir eine Pflegerente zahlen, weil die →**versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) in den Pflegegrad 1 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft ist, setzen wir die gesamte Pflegerente ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Dabei legen wir den nach Ziffer 9.2 Absatz 3 berechneten Betrag zugrunde.

Wir setzen die maximale Kapitalzahlung bei Tod nach Ziffer 1.2 ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik im gleichen Verhältnis wie die Pflegerente herab. Die maximale Kapitalzahlung bei Tod entspricht somit einer gesamten jährlichen Pflegerente bei Einstufung in den Pflegegrad 5 nach Beitragsfreistellung.

Wenn Sie eine Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 vereinbart haben (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3) und die beitragsfreie Kapitalzahlung zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung mindestens 2.000 EUR beträgt, setzen wir diese ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik im gleichen Verhältnis wie die Pflegerente herab. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt die Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 (siehe Ziffer 1.1 Absatz 3). In diesem Fall erhöht der Betrag, der für die beitragsfreie Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 zur Verfügung steht, die beitragsfreie garantierte Pflegerente und die beitragsfreie maximale Kapitalzahlung bei Tod im gleichen Verhältnis.

Die beitragsfreie Leistung berechnen wir zum Ende der Versicherungsperiode, für die Sie letztmalig den vollständigen Beitrag gezahlt haben.

Auch nach der Beitragsfreistellung gilt Ziffer 7. Auf ursprünglich vereinbarte Beiträge, die wegen der Beitragsfreistellung nicht zu zahlen sind, erheben wir jedoch ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung keine →**Kosten** in Prozent des Beitrags nach Ziffer 7.1 Absätze 1 a) und 2.

(4) Abzug
Von dem nach Absatz 3 ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug vor.

Der für Ihre Versicherung geltende Abzug stimmt mit dem Abzug bei Kündigung einer beitragspflichtigen Versicherung nach Ziffer 9.2 Absatz 4 überein. Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Leistungen ergeben sich bei Kündigung?" festgelegt.

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.

Nähere Informationen zur Höhe der Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung während der Vertragsdauer können Sie Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung?" entnehmen.

(5) Fortbestehen von Leistungsansprüchen
Ansprüche aus dieser Versicherung, die
- auf bereits vor der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) beruhen und
- aufgrund dessen die →**versicherte Person** mindestens in den Pflegegrad 2 (siehe Ziffer 1.4 Absatz 2) eingestuft wird,

bestehen nach der Beitragsfreistellung der Versicherung unverändert fort.

Wenn sich der Pflegegrad nach der Beitragsfreistellung der Versicherung verringert, passen wir auch die laufende Pflegerente entsprechend an. Sofern wir aufgrund der Einstufung in Pflegegrad 2 bis 4 die Pflegerente zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung nicht in voller Höhe erbringen und sich der Pflegegrad nach der Beitragsfreistellung der Versicherung erhöht, nehmen wir jedoch keine entsprechende Erhöhung der laufenden Pflegerente vor.

8.2 Wie kann nach einer Beitragsfreistellung der Versicherungsschutz wiederhergestellt werden, der zuvor bestanden hat?

(1) 6-Monats-Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung
Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung Ihrer PflegePolice Flexi können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beitragszahlung nach Absatz 3 wieder aufnehmen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn die →**versicherte Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung pflegebedürftig (siehe Ziffer 1.4) ist.

(2) Allgemeine Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes mit Risikoprüfung
Auch nach Ablauf von 6 Monaten, jedoch nur innerhalb von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung Ihrer PflegePolice Flexi können Sie verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 3 die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben werden. Nach Ablauf von 3 Jahren nach der Beitragsfreistellung ist eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

Wenn Ihre PflegePolice Flexi wegen einer Elternzeit beitragsfrei gestellt worden ist, kann die Frist zwischen Beitragsfreistellung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes auch mehr als 3 Jahre betragen. Der Versicherungsschutz muss in diesem Fall jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Elternzeit wiederhergestellt werden. Wird die Elternzeit in mehrere Ab-

schnitte aufgeteilt, muss die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung eines Abschnittes erfolgen. Nach Ablauf dieser Fristen ist eine Wiederaufnahme der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

Den Versicherungsschutz können wir dann wiederherstellen, wenn die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes eine vergleichbare neue Versicherung ohne erschwerte Bedingungen bei uns abschließen könnte.

(3) Möglichkeiten zur Wiederherstellung des Versicherungsschutzes

Um nach einer Beitragsfreistellung den Versicherungsschutz wiederherzustellen, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, können Sie

- die Beiträge begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen, oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

Stattdessen können Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, auch nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen.

Wir berechnen die neuen Beiträge oder die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

9. Kündigung

Inhalt dieses Abschnitts:

9.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?
9.2 Welche Leistung erbringen wir bei einer Kündigung?

9.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung jederzeit zum Ende des laufenden Monats in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) kündigen.

9.2 Welche Leistung erbringen wir bei einer Kündigung?

Wenn Sie die PflegePolice Flexi kündigen, hängt die Wirkung davon ab, ob zum Zeitpunkt der Kündigung laufende Pflegerenten gezahlt werden oder nicht:

(1) Zahlung von laufenden Pflegerenten zum Zeitpunkt der Kündigung

Wenn zum Zeitpunkt der Kündigung laufende Pflegerenten gezahlt werden, werden diese bei Kündigung weitergezahlt.

Wenn sich der Pflegegrad nach der Kündigung verringert, passen wir auch die laufende Pflegerente entsprechend an. Sofern wir aufgrund der Einstufung in Pflegegrad 1 bis 4 die Pflegerente zum Zeitpunkt der Kündigung nicht in voller Höhe erbringen und sich der Pflegegrad nach der Kündigung erhöht, nehmen wir jedoch keine entsprechende Erhöhung der laufenden Pflegerente vor.

(2) Keine Zahlung von laufenden Pflegerenten zum Zeitpunkt der Kündigung

Wenn zum Zeitpunkt der Kündigung keine laufenden Pflegerenten gezahlt werden, erlischt Ihre Versicherung bei Kündigung und wir zahlen - soweit vorhanden - den nach den Absätzen 3 bis 6 berechneten Betrag. Dabei nehmen wir einen Abzug nach Absatz 4 vor.

(3) Rückkaufswert

Wenn zum Zeitpunkt der Kündigung keine laufenden Pflegerenten gezahlt werden, zahlen wir - soweit vorhanden - den Rückkaufswert. Dieser bestimmt sich aus dem Wert des **→Deckungskapitals**, das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet wird (§ 169 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung hat das **→Deckungskapital** mindestens den Wert, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten (**→Kosten**) auf die ersten 5 Versicherungsjahre, höchstens jedoch auf die Beitragszahlungsdauer, ergibt.

Noch ausstehende Kosten (**→Kosten**) und ausstehende Risikobeiträge werden abgezogen.

Nähere Informationen zur Höhe der Rückkaufswerte während der Vertragsdauer können Sie Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Leistungen ergeben sich bei Kündigung?" entnehmen.

(4) Abzug

Von dem nach Absatz 3 ermittelten Betrag nehmen wir einen Abzug vor. In Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" ist im Abschnitt "Welche Leistungen ergeben sich bei Kündigung?" festgelegt, in welcher Höhe wir einen Abzug vornehmen. Dort erläutern wir Ihnen auch die Gründe für diesen Abzug.

Wenn Ihre Versicherung beitragsfrei ist, beträgt der Abzug 50 EUR wegen erhöhter Verwaltungsaufwendungen.

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.

(5) Herabsetzung im Ausnahmefall

Wir sind berechtigt, den nach Absatz 3 berechneten Betrag angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der **→Versicherungsnehmer** auszuschließen. Dies gilt insbesondere, wenn eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Verträgen ergebenden Verpflichtungen gegeben ist. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet (§ 169 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz - VVG).

(6) Begrenzung des Auszahlungsbetrags

Wenn der nach den Absätzen 3 bis 5 berechnete Betrag höher als die Kapitalzahlung bei Tod zum Kündigungstermin ist, zahlen wir die Kapitalzahlung bei Tod aus. Aus dem überschießenden Teil wird eine Anwartschaft auf eine Pflegerente gebildet. Wir berechnen die Anwartschaft nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2.

(7) Fortbestehen von Leistungsansprüchen

Ansprüche aus Ihrer Versicherung, die

- auf bereits vor Kündigung der Versicherung eingetretener Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.4) der **→versicherten Person** beruhen und
- aufgrund dessen ein Anspruch auf Zahlung von Pflegerenten besteht,

bleiben bestehen.

10. Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten

Hier finden Sie zahlreiche 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:

10.1 Wann können Sie Ihre Pflegerente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?
10.2 Wann können Sie zusätzliche Einmalbeiträge leisten?
10.3 Wann können Sie die Beitragszahlung bei Arbeitslosigkeit oder während der Elternzeit aussetzen?

10.4 Wie können Sie Ihre PflegePolice Flexi bei einer gesetzlichen Änderung der Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und für die Ermittlung des Pflegegrads nach § 14 und § 15 Sozialgesetzbuch XI (SGB) umwandeln?

10.1 Wann können Sie Ihre Pflegerente ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

(1) Anlassunabhängige Erhöhung Ihrer Pflegerente
Sie können verlangen, dass Ihre Pflegerente einmalig innerhalb der ersten 3 Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Risikoprüfung erhöht wird. Eine Erhöhung ist nicht möglich, wenn
- Ihre Versicherung ohne Risikoprüfung oder mit vereinfachter Risikoprüfung zustande gekommen ist oder
- Ihre Versicherung durch Erhöhung, Umwandlung oder Ersetzung einer anderen Versicherung ohne erneute Risikoprüfung zustande gekommen ist.

(2) Anlassabhängige Erhöhung Ihrer Pflegerente
Sie können die vereinbarte Pflegerente ohne erneute Risikoprüfung bei den nachfolgend genannten Anlässen erhöhen, wenn Sie die Erhöhung innerhalb von 12 Monaten seit Eintritt des Anlasses verlangen. Die Anlässe müssen während der Versicherungsdauer eingetreten sein.

a) Geburt eines Kindes der **→versicherten Person** oder die Adoption eines Minderjährigen durch die versicherte Person;

b) Heirat der versicherten Person;

c) Ehescheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft der versicherten Person, sofern diese nicht in eine Ehe umgewandelt wird;

d) Erhöhung des Einkommens der versicherten Person unter folgenden Voraussetzungen:
- Wenn die **→versicherte Person** Arbeitnehmer ist, muss das jährliche Bruttoarbeitseinkommen (ohne variable Gehaltsbestandteile) im Vergleich zum vorangegangenen Kalenderjahr um mindestens 10 Prozent erhöht sein.
- Wenn die **→versicherte Person** eine selbstständige Tätigkeit ausübt, muss ihr hierdurch erzielter Gewinn vor Steuern in 3 aufeinander folgenden Kalenderjahren jeweils um 10 Prozent höher sein als ihr Gewinn vor Steuern, den sie in dem Kalenderjahr vor dem 3-Jahres-Zeitraum erzielt hat.

e) Der Ehegatte oder Lebenspartner einer eingetragenen Lebenspartnerschaft (eingetragener Lebenspartner) der **→versicherten Person** stirbt während der Versicherungsdauer.

f) Der Ehegatte oder eingetragene Lebenspartner der **→versicherten Person** wird während der Versicherungsdauer pflegebedürftig nach Ziffer 1.4.

g) Änderung der gesetzlichen Vorschriften der § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, die für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung des Pflegegrads nach Ziffer 1.4 maßgeblich sind. Dabei gilt folgende Voraussetzung:
Wir bieten für Neuabschlüsse einer Pflegeversicherung einen Tarif an, der die Änderung der gesetzlichen Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und für die Ermittlung des Pflegegrads berücksichtigt.

Maßgeblich für die Beurteilung, ob die **→versicherte Person** pflegebedürftig im Sinne dieser Versicherungsbedingungen ist, ist ausschließlich die Ziffer 1.4.

Wir können verlangen, dass Sie uns die Anlässe nachweisen.

(3) Weitere Voraussetzungen
- Die **→versicherte Person** darf zum Erhöhungstermin nicht pflegebedürftig (siehe Ziffer 1.4) sein.
- Seit Vertragsschluss wurden keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit erbracht.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 8.1 beitragsfrei gestellt.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Erhöhung.

(4) Grenzen
Für die Erhöhung der Pflegerente ohne erneute Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:
- Die garantierte jährliche Pflegerente muss sich jeweils um mindestens 1.800 EUR erhöhen.
- Die garantierte jährliche Pflegerente darf sich jeweils um höchstens 4.800 EUR erhöhen.
- Mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die **→versicherte Person** bestehenden Pflegerenten insgesamt 9.600 EUR garantierte jährliche Pflegerente nicht überschreiten.
- Die gesamten für die **→versicherte Person** bestehenden Pflegerenten dürfen 48.000 EUR garantierte jährliche Pflegerente nicht übersteigen.

(5) Auswirkungen
Wir berechnen den neuen Beitrag für die erhöhte Pflegerente nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2.

Die maximale Kapitalzahlung bei Tod nach Ziffer 1.2 erhöht sich im gleichen Verhältnis wie die Pflegerente. Die Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 nach Ziffer 1.1 Absatz 3 erhöht sich nicht.

Auch für die erhöhte Pflegerente gelten die Abänderungen und die weiteren besonderen Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes, die im Versicherungsschein dokumentiert sind. Soweit dort nichts anderes geregelt ist, gelten für die Berechnung der erhöhten Pflegerente die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2. Bisher angesetzte Beitragszuschläge können wir entsprechend erheben.

Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für den erhöhten Teil der Pflegerente.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

10.2 Wann können Sie zusätzliche Einmalbeiträge leisten?

(1) Zusätzliche Einmalbeiträge während der Beitragszahlungsdauer
Sie können während der Beitragszahlungsdauer zusätzliche Einmalbeiträge leisten, um die laufenden Beiträge Ihrer Versicherung zu senken. Eine vollständige Ablösung und damit Senkung des laufenden Beitrags auf 0 EUR ist frühestens 5 Jahre nach Versicherungsbeginn möglich. Eine Risikoprüfung nehmen wir nicht vor.

(2) Voraussetzungen

a) Innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn
- Sie können maximal einen zusätzlichen Einmalbeitrag leisten.
- Der Einmalbeitrag muss mindestens 900 EUR betragen.
- Der Einmalbeitrag darf höchstens eine 6-fache garantierte monatliche Pflegerente betragen.
- Der verbleibende laufende Beitrag muss mindestens 60 EUR jährlich betragen.

b) Nach Ablauf der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn
- Sie können jederzeit zusätzliche Einmalbeiträge leisten.
- Ein Einmalbeitrag muss mindestens 900 EUR betragen.
- Der laufende Beitrag kann vollständig abgelöst und damit auf 0 EUR gesenkt werden.

- Ein verbleibender laufender Beitrag muss mindestens 60 EUR jährlich betragen.

(3) Auswirkungen
Durch den zusätzlichen Einmalbeitrag sinken die laufenden Beiträge Ihrer Versicherung ab dem Zeitpunkt, zu dem der nächste Beitrag Ihrer Versicherung fällig ist. Die vereinbarte Pflegerente bleibt in unveränderter Höhe bestehen.

Die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung, der Rückkaufswert und der Abzug können nicht mehr den Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung?" bzw. im Abschnitt "Welche Leistungen ergeben sich bei Kündigung?" beigefügten Tabellen entnommen werden.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

(4) Rechnungsgrundlagen für die Senkung des Beitrags
Die zusätzlichen Einmalbeiträge verwenden wir zur Senkung der laufenden Beiträge Ihrer Versicherung. Die Senkung der laufenden Beiträge errechnet sich nach den Vertragsdaten am Senkungstermin, insbesondere nach
- dem →**rechnungsmäßigen Alter** der →**versicherten Person**,
- einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag und
- der Beitragszahlungsdauer.

Wir berechnen die Senkung der laufenden Beiträge nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2.

Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Prozent des Beitrags finanzieren wir aus dem Einmalbeitrag nach Ziffer 7.1 Absatz 1.

10.3 Wann können Sie die Beitragszahlung bei Arbeitslosigkeit oder während der Elternzeit aussetzen?

(1) Befristete Beitragsfreistellung
Bei Arbeitslosigkeit oder während der Elternzeit können Sie Ihre Versicherung nach den Regelungen der Ziffer 8.1 bis zu 12 Monate beitragsfrei stellen. Teilen Sie uns hierzu bitte den Grund und die gewünschte Dauer der Beitragsfreistellung mit. Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung, bei Beendigung der Arbeitslosigkeit oder, wenn Sie sich nicht mehr in Elternzeit befinden, wird Ihre Versicherung ohne Risikoprüfung beitragspflichtig fortgesetzt. Für die Wiederherstellung des ursprünglichen Versicherungsschutzes Ihrer Versicherung gelten die Regelungen der Ziffer 8.2 Absätze 1 und 3. Abweichend von Ziffer 8.2 Absatz 1 kann die Anhebung der versicherten Leistungen dieser Versicherung bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung innerhalb von 12 Monaten nach der Beitragsfreistellung erfolgen.

(2) Nachweise
Wenn Sie eine befristete Beitragsfreistellung wegen Arbeitslosigkeit oder Elternzeit verlangen, benötigen wir einen entsprechenden Nachweis, zum Beispiel einen Bescheid der zuständigen Agentur für Arbeit. Sobald Sie nicht mehr arbeitslos sind oder Sie sich nicht mehr in Elternzeit befinden, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.

10.4 Wie können Sie Ihre PflegePolice Flexi bei einer gesetzlichen Änderung der Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und für die Ermittlung des Pflegegrads nach § 14 und § 15 Sozialgesetzbuch XI (SGB) umwandeln?

Für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung des Pflegegrads nach Ziffer 1.4 sind die gesetzlichen Vorschriften der § 14 und § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, maßgeblich. Wenn sich der Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung des Pflegegrads nach den gesetzlichen Vorschriften ändern, haben Sie die Möglichkeit, mit uns die Umwandlung Ihres Vertrags in eine neue Pflegeversicherung zu vereinbaren, die diese Änderungen berücksichtigt. Eine erneute Risikoprüfung nehmen wir nicht vor. Dabei gelten die folgenden Voraussetzungen.

(1) Voraussetzungen
- Die →**versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen Pflegeversicherung pflegebedürftig sein.
- Die →**versicherte Person** hat zum Zeitpunkt der Umwandlung keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung und hat auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt.
- Wir bieten für Neuabschlüsse einer Pflegeversicherung einen Tarif an, der die Änderung der gesetzlichen Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung des Pflegegrads berücksichtigt und für den wir deswegen eine von Ziffer 1.7 Absatz 1 abweichende Pflegetafel (→**Tafeln**) verwenden.
- Ihre Mitteilung muss uns spätestens 18 Monate nach Inkrafttreten des Gesetzes zugehen, das eine Änderung der gesetzlichen Vorschriften für den Begriff der Pflegebedürftigkeit und die Ermittlung des Pflegegrads der Pflegebedürftigkeit vorsieht.

Wenn diese Voraussetzungen nicht vorliegen, gibt es keine wirksame Umwandlung.

(2) Grenzen
Der Versicherungsschutz bei Pflegebedürftigkeit erhöht sich durch die Umwandlung nicht.

(3) Auswirkungen
- Wenn Sie oder die →**versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer Versicherung unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue Pflegeversicherung.
- Wir berechnen den Beitrag bzw. die Leistungen für Ihre neue Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu. Der Beitrag kann sich erhöhen.
- Die Rechnungsgrundlagen sowie die weiteren Kriterien zur Definition der Pflegebedürftigkeit können sich von denjenigen Ihres bisherigen Vertrags unterscheiden.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11. Abänderungen zur PflegePolice Flexi E228

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 SBV1: Die Versicherung ist innerhalb eines Gruppenvertrags abgeschlossen.

Die Worte "Versicherung" und "Vertrag" beziehen sich insbesondere hinsichtlich der versicherten Pflegerente und der Fristen auf die einzelnen (Teil-)Versicherungen, nicht aber auf den Gruppenvertrag.

Ziffer 9 wird ergänzt durch:

"9.4 Was gilt bei Ausscheiden aus dem Gruppenvertrag?

Scheidet die →**versicherte Person** aus dem Gruppenvertrag aus, so erlischt die Versicherung, wenn die versicherte Person sie nicht innerhalb von 3 Monaten als Einzelversicherung fortsetzt. Erlischt die Versicherung, so gilt Ziffer 9.2 entsprechend."

Abänderung SBV2: Die Versicherung ist als PflegePolice Flexi mit dynamischem Zuwachs abgeschlossen.

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?
Der Beitrag für die PflegePolice Flexi erhöht sich je nach Vereinbarung jeweils um 1, 2, 3, 4 oder 5 Prozent des Vorjahresbeitrags.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. Die garantierte Pflegerente darf jährlich 48.000 EUR nicht überschreiten. Die Versicherungsleistungen werden nicht im selben Verhältnis erhöht wie der Beitrag. Die Erhöhung errechnet sich nach den am Erhöhungstermin erreichten Vertragsdaten, insbesondere dem Alter der →**versicherten Person** und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.7 Absatz 2.

Das Verhältnis zwischen der Höhe
- der Pflegerente,
- der maximalen Kapitalzahlung bei Tod nach Ziffer 1.2 und
- der Kapitalzahlung bei erstmaliger Einstufung mindestens in den Pflegegrad 3 nach Ziffer 1.1 Absatz 3, wenn Sie diese vereinbart haben,

verändert sich durch eine Beitragserhöhung Ihrer Versicherung nicht.

(2) Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zum Jahrestag der Versicherung.

Sie erhalten rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin eine Mitteilung über die Erhöhung. Der Versicherungsschutz aus der jeweiligen Erhöhung beginnt am Erhöhungstermin.

Die Erhöhungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch
- nicht länger als bis die →**versicherte Person** das →**rechnungsmäßige Alter** von 70 Jahren erreicht hat und
- die garantierte Pflegerente jährlich 48.000 EUR nicht überschreitet.

(3) Welche sonstigen Bestimmungen gelten für Ihren Beitrag und für die Erhöhungen?
Alle im Rahmen des Vertrags getroffenen Vereinbarungen, auch die Bezugsrechtsverfügung, erstrecken sich ebenfalls auf die Erhöhung der Versicherungsleistungen.

Die planmäßige Erhöhung der Versicherungsleistungen aus dem Vertrag setzt die in Teil B, Ziffer 1 hinsichtlich der Verletzung der Anzeigepflicht genannte Frist nicht erneut in Lauf.

Nach einer Erhöhung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung, der Rückkaufswert und der Abzug nicht mehr der Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung?" bzw. im Abschnitt "Welche Leistungen ergeben sich bei Kündigung?" beigefügten Tabellen entnommen werden.

(4) Wann werden Erhöhungen ausgesetzt?
Die Erhöhung entfällt rückwirkend, wenn Sie ihr bis zum Ende des 1. Monats nach dem Erhöhungstermin widersprechen oder den 1. erhöhten Beitrag nicht innerhalb von 2 Monaten nach dem Erhöhungstermin zahlen. Sie können ohne Angabe von Gründen die Erhöhung beliebig oft aussetzen. Unterbliebene Erhöhungen können Sie nur mit unserer Zustimmung nachholen.

Wenn Sie bei Ihrer Versicherung eine befristete Beitragsfreistellung verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Es erfolgen keine Erhöhungen, sobald wir laufende Pflegerenten zahlen. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem ein Anspruch auf Zahlung von Pflegerenten besteht (siehe Ziffer 1.3 Absatz 1), aber noch vor Anerkennung der Leistungspflicht durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

Teil B - Pflichten für alle Bausteine

Hier finden Sie wesentliche bausteinübergreifende Pflichten und Obliegenheiten. Weitere Pflichten und Obliegenheiten finden Sie in Teil A. Die Regelungen in Teil B gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Vorvertragliche Anzeigepflicht

Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

(1) Anzeigepflicht

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

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

b) Anzeigepflicht der versicherten Person
Wenn eine andere Person als Sie versichert werden soll, ist auch diese - neben Ihnen - für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der in Textform gestellten Fragen verantwortlich.

c) Zurechnung der Kenntnis Dritter Personen
Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet, werden Ihnen Kenntnis und Arglist dieser Person zugerechnet.

(2) Nachteilige Rechtsfolgen einer Anzeigepflichtverletzung

a) Unsere Rechte bei einer Anzeigepflichtverletzung
Die Folgen einer Verletzung der Anzeigepflicht ergeben sich aus den §§ 19 bis 22 Versicherungsvertragsgesetz (VVG). Unter den dort genannten Voraussetzungen können wir
- vom Vertrag zurücktreten,
- von unserer Leistungspflicht frei sein,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten.

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

Wir verzichten auf die uns nach § 19 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) zustehenden Rechte zur Vertragsänderung und Kündigung, wenn die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

b) Rückkaufswert und Abzug bei Rücktritt oder Anfechtung
Wenn wir vom Vertrag zurücktreten oder den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten, zahlen wir, sofern Sie im Kündigungsfall einen Anspruch auf einen Rückkaufswert haben, den Rückkaufswert Ihrer Versicherung, der auch im Falle Ihrer Kündigung zum Zeitpunkt des Rücktritts bzw. der Anfechtung gezahlt würde. Von diesem Betrag nehmen wir einen Abzug vor. 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.

c) Frist für die Ausübung unserer Rechte
Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsänderung erlöschen, wenn seit dem Abschluss des Vertrags mehr als 5 Jahre vergangen sind. Dies gilt nicht, wenn wir von der Anzeigepflichtverletzung durch einen Versicherungsfall Kenntnis erlangen, der vor Ablauf der Frist eingetreten ist. Die Frist nach Satz 1 beträgt 10 Jahre, wenn Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt haben.

Unser Recht zur Anfechtung wegen arglistiger Täuschung erlischt, wenn seit der Abgabe Ihrer Vertragserklärung 10 Jahre vergangen sind.

(3) Ihr Kündigungsrecht bei Vertragsänderung
Wenn wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 Prozent erhöhen oder die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen, können Sie den Vertrag nach Maßgabe von § 19 Absatz 6 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) kündigen.

(4) Erweiterung oder Wiederherstellung des Versicherungsschutzes
Die Absätze 1 bis 3 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung erforderlich ist.

(5) Schriftformerfordernis
Die Ausübung des Rechts auf Rücktritt, Kündigung, Anfechtung oder Vertragsänderung bedarf der Schriftform. Die Ausübung des Rechts per Fax oder per E-Mail erfüllt die Schriftform nicht.

(6) Empfangsvollmacht
Wenn Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, eine von uns abgegebene Erklärung entgegenzunehmen. Wenn auch ein Bezugsberechtigter nicht vorhanden ist oder sein Aufenthalt nicht ermittelt werden kann, so können wir den Inhaber des Versicherungsscheins zur Entgegennahme der Erklärung als bevollmächtigt ansehen.

2. Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung

Inhalt dieses Abschnitts:
2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?
2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

2.1 Was müssen Sie bei der Beitragszahlung beachten?

(1) Zahlungsperiode
Den Beitrag für Ihre Versicherung müssen Sie
- in einem einmaligen Beitrag zahlen oder
- als laufende Beiträge entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode. In diesem Fall kann die Zahlungsperiode je nach Vereinbarung einen Monat, ein Vierteljahr, ein halbes Jahr oder ein Jahr betragen. Wir geben sie im Versicherungsschein an. Die Beiträge sind entsprechend der vereinbarten Zahlungsperiode kalkuliert. Die Versicherungsperiode (§ 12 Versicherungsvertragsgesetz - VVG) entspricht somit der vereinbarten Zahlungsperiode.

(2) Fälligkeit der Versicherungsbeiträge

a) Erster oder einmaliger Beitrag
Der erste oder einmalige Beitrag ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen. Wenn Sie mit uns vereinbart haben, dass

der Versicherungsschutz erst später beginnen soll, wird der Beitrag erst zu diesem Zeitpunkt fällig.

b) Folgebeiträge
Folgebeiträge sind jeweils am Monatsersten der vereinbarten Zahlungsperiode fällig, wenn nichts anderes vereinbart ist.

(3) Rechtzeitigkeit der Zahlung
Die Beitragszahlung ist rechtzeitig, wenn Sie bei Fälligkeit unverzüglich alles tun, damit der Beitrag bei uns eingeht.

Wenn eine Zahlung im Lastschriftverfahren (siehe Absatz 5) vereinbart ist, ist die Beitragszahlung rechtzeitig, wenn
- wir den Beitrag bei Fälligkeit einziehen können und
- der Kontoinhaber einer berechtigten Einziehung nicht widerspricht.

Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies nicht zu vertreten haben, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich erfolgt, nachdem wir Sie in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zur Zahlung aufgefordert haben.

(4) Übermittlungsrisiko
Die Übermittlung des Beitrags erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Zahlung im Lastschriftverfahren

a) SEPA-Lastschriftmandat
Wenn der Beitrag von einem Konto eingezogen werden soll (Lastschriftverfahren), muss uns hierfür ein SEPA-Lastschriftmandat erteilt werden.

b) Monatliche Beiträge
Monatliche Beiträge müssen im Lastschriftverfahren gezahlt werden.

c) Folgen eines fehlgeschlagenen Lastschrifteinzugs
Wenn wir einen fälligen Beitrag nicht einziehen können und Sie dies zu vertreten haben,
- können wir für die Zukunft verlangen, dass Zahlungen außerhalb des Lastschriftverfahrens erfolgen;
- sind wir berechtigt, eine monatliche Zahlungsperiode auf eine vierteljährliche Zahlungsperiode umzustellen.

Im Übrigen gelten die Regelungen zum Verzug (siehe Ziffern 2.2 und 2.3).

2.2 Was gilt, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Gefährdung des Versicherungsschutzes
Der Beginn des Versicherungsschutzes ist von der rechtzeitigen Zahlung des Beitrags abhängig (siehe Teil C Ziffer 1). Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen, beginnt der Versicherungsschutz daher erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen. Für Versicherungsfälle, die in der Zwischenzeit eintreten, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet, es sei denn, Sie weisen uns nach, dass Ihre Zahlung unverschuldet unterblieben ist.

Auf unsere Leistungsfreiheit können wir uns nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge der Nichtzahlung des Beitrags hingewiesen haben.

(2) Unser Rücktrittsrecht
Wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir vom Vertrag zurücktreten, solange Sie die Zahlung nicht bewirkt haben. Das Rücktrittsrecht ist ausgeschlossen, wenn Sie nachweisen, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

2.3 Was gilt, wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen?

(1) Verzug
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig im Sinne von Ziffer 2.1 Absatz 2 b) zahlen, geraten Sie ohne weitere Zahlungsaufforderung in Verzug. In diesem Fall sind wir berechtigt, Ersatz des Schadens zu verlangen, der uns hierdurch entstanden ist.

Sie geraten nicht in Verzug, wenn Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(2) Fristsetzung
Wenn Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens 2 Wochen betragen.

(3) Wegfall oder Minderung des Versicherungsschutzes bei erfolglosem Fristablauf
Für Versicherungsfälle, die nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintreten, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn
- Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalls noch mit der Zahlung von Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden und
- wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

(4) Unser Kündigungsrecht bei erfolglosem Fristablauf
Wenn Sie nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist noch immer mit Beitrag, Zinsen oder Kosten in Verzug sind, können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Wenn Sie bei Ablauf der Frist noch immer mit der Zahlung in Verzug sind, wird die Kündigung dann automatisch wirksam. Hierauf werden wir Sie bei Kündigung ausdrücklich hinweisen.

(5) Fortbestand des Vertrags, wenn Sie den angemahnten Betrag nachzahlen
Unsere Kündigung wird unwirksam und der Vertrag besteht fort, wenn Sie den angemahnten Betrag innerhalb eines Monats nachzahlen. Die Monatsfrist beginnt mit der Kündigung oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, mit Ablauf der Zahlungsfrist.

Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Nachzahlung eintreten, besteht jedoch kein oder nur ein verminderter Versicherungsschutz.

3. Weitere Mitwirkungspflichten

Welche weiteren Mitwirkungspflichten haben Sie?

(1) Pflicht zur Übermittlung notwendiger Informationen, Daten und Unterlagen
Wenn wir aufgrund gesetzlicher Regelungen zur Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Meldung von Informationen und Daten zu Ihrem Vertrag verpflichtet sind, müssen Sie uns die hierfür notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen bei Vertragsschluss oder auf Nachfrage unverzüglich - das heißt ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Dies gilt auch, wenn sich nachträglich Änderungen zu den von Ihnen bei Vertragsschluss oder auf Nachfrage zur Verfügung gestellten Informationen, Daten und Unterlagen ergeben.

Wenn ein Dritter Rechte an Ihrem Vertrag hat und auch dessen Status für Datenerhebungen und Meldungen entscheidend ist, sind Sie auch insoweit zur Mitwirkung verpflichtet.

(2) Notwendige Informationen
Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind alle Umstände, die für die Beurteilung Ihrer persönlichen steuerlichen Ansässigkeit, der steuerlichen Ansässigkeit dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, und der steuerlichen Ansässigkeit des Leistungsempfängers maßgebend sein können. Dazu zählen vor allem die deutsche oder ausländische steuerliche Ansässigkeit, die Steueridentifikationsnummer, das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Unterlassene Mitwirkung bei gesetzlicher Meldepflicht
Wenn für uns als Versicherer eine gesetzliche Meldepflicht besteht, müssen wir die notwendigen Informationen im Sinne von Absatz 2 an in- oder ausländische Steuerbehörden melden. Wenn Sie uns dann die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, müssen Sie ungeachtet einer bestehenden oder nicht bestehenden steuerlichen Ansässigkeit im Ausland damit rechnen, dass wir Ihre Vertragsdaten an in- oder ausländische Steuerbehörden melden.

Wenn Sie Ihren Mitwirkungspflichten nach den Absätzen 1 und 2 nicht nachkommen, sind wir berechtigt, unsere Leistung zurückzubehalten. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

4. Abänderungen zum Teil B

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 B1: Die Versicherung ist im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen.

Auch bei monatlicher Beitragszahlung kann vereinbart werden, dass die Beitragszahlung nicht durch Lastschriftverfahren erfolgt. Es entfallen Ziffer 2.1 Absatz 3 Sätze 2 und 3 sowie Absatz 5.

Abänderung B2: Die Versicherung ist innerhalb eines Gruppenvertrags abgeschlossen.

Bei Gruppenverträgen treten die vorher in den Ziffern 2.2 und 2.3 genannten Rechtsfolgen bei Zahlungsverzug für den Gruppenvertrag ein, selbst wenn nur ein Teilrückstand besteht.

Teil C - Allgemeine Regelungen

Die Regelungen in Teil C gelten, soweit ihr Anwendungsbereich nicht ausdrücklich beschränkt ist, für den gesamten Vertrag.

1. Beginn des Versicherungsschutzes

Wann beginnt der Versicherungsschutz?

(1) Grundsatz
Der Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrags, jedoch nicht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Zeitpunkt.

Der Versicherungsschutz beginnt zu dem genannten Zeitpunkt nur dann, wenn Sie den ersten oder einmaligen Beitrag rechtzeitig im Sinne von Teil B Ziffer 2.1 Absatz 2 a) zahlen. Wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, beginnt der Versicherungsschutz erst zu dem Zeitpunkt, zu dem Sie den Beitrag zahlen (siehe Teil B Ziffer 2.2 Absatz 1).

Für Versicherungsfälle, die vor Beginn des Versicherungsschutzes eingetreten sind, leisten wir nicht.

(2) Erweiterung des Versicherungsschutzes
Wenn Sie den Versicherungsschutz nachträglich erweitern, gilt Absatz 1 auch für diese Erweiterung des Versicherungsschutzes.

2. Versicherungsschein

Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Inhaber
Wir können den Inhaber des Versicherungsscheins als berechtigt ansehen, über die Rechte aus dem Vertrag zu verfügen, insbesondere Leistungen in Empfang zu nehmen. Wir können aber verlangen, dass uns der Inhaber des Versicherungsscheins seine Berechtigung nachweist.

(2) Nachweis der Berechtigung bei Verfügungen
Wenn ein Berechtigter ein Bezugsrecht eingeräumt oder widerrufen hat oder Ansprüche abgetreten oder verpfändet hat, brauchen wir den Nachweis der Berechtigung durch den Inhaber des Versicherungsscheins nur dann anzuerkennen, wenn der bisherige Berechtigte die Verfügung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) angezeigt hat.

3. Deutsches Recht

Welches Recht gilt für Ihren Vertrag?

Für Ihren Vertrag gilt deutsches Recht.

4. Adressaten für Beschwerden

An wen können Beschwerden gerichtet werden?

Ihnen stehen die nachfolgend genannten Beschwerdemöglichkeiten zur Verfügung:

(1) Beschwerde bei uns oder Ihrem Vermittler
Sollten Sie nicht zufrieden sein, wenden Sie sich gerne an uns. Sie erreichen uns auf jedem Kontaktweg, beispielsweise **telefonisch (0800 4100104), per E-Mail (lebensversicherung@allianz.de) oder auf dem Postweg (Allianz Lebensversicherungs-AG, 10850 Berlin)**. Weitere Informationen hierzu sowie ein Online-Beschwerdeformular finden Sie unter **www.allianz.de/service/beschwerde/**. Sie können Ihre Beschwerde auch an Ihren Versicherungsvermittler richten.

(2) Beschwerde beim Ombudsmann für Versicherungen
Sie haben auch die Möglichkeit, sich mündlich, schriftlich oder in jeder anderen geeigneten Form an den Ombudsmann für Versicherungen zu wenden (**Anschrift: Versicherungsombudsmann e. V., Postfach 08 06 32, 10006 Berlin; Telefon: 0800 369 6000; Fax: 0800 369 9000; E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de; Online-Schlichtungsantrag: www.versicherungsombudsmann.de**). Wir nehmen am Streitbeilegungsverfahren vor dieser unabhängigen und für Verbraucher kostenfrei arbeitenden Schlichtungsstelle teil. Der Ombudsmann antwortet auf jede Beschwerde und unterbreitet in geeigneten Fällen einen Schlichtungsvorschlag.

(3) Beschwerde bei der Versicherungsaufsicht
Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin), Sektor Versicherungsaufsicht. Im Fall einer Beschwerde können Sie sich auch an diese wenden (**Anschrift: Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht, Graurheindorfer Str. 108, 53117 Bonn; Fax: 0228 41 08 15 50; Online-Beschwerdeformular: www.bafin.de**). Weitere Informationen hierzu erhalten Sie unter der Verbraucher-Telefonnummer 0800 2 100 500.

(4) Rechtsweg
Unabhängig von der Beschwerde haben Sie immer auch die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

5. Zuständiges Gericht

Wo können Ansprüche gerichtlich geltend gemacht werden?

(1) Zuständiges Gericht für Ihre Klagen gegen uns
Sie können aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung bei dem Gericht Klage erheben, das für unseren Geschäftssitz oder für die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet. Sie können auch bei dem Gericht Klage erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesellschaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz.

Wenn nach dem Gesetz weitere Gerichtsstände bestehen, die vertraglich nicht ausgeschlossen werden dürfen, können Sie auch dort Klage erheben.

(2) Zuständiges Gericht für Klagen gegen Sie
Klagen aus dem Versicherungsvertrag müssen wir bei dem Gericht erheben, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, falls kein Wohnsitz besteht, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Wenn zum Zeitpunkt der Klageerhebung weder Ihr Wohnsitz noch Ihr gewöhnlicher Aufenthaltsort bekannt sind, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

Wenn der Versicherungsnehmer eine juristische Person (zum Beispiel eine Aktiengesellschaft oder eine GmbH) oder eine parteifähige Personengesellschaft (zum Beispiel eine Offene Handelsgesell-

schaft oder eine Kommanditgesellschaft) ist, bestimmt sich das zuständige Gericht nach deren Geschäftssitz. Ist deren Geschäftssitz unbekannt, können wir Klage bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

(3) Zuständiges Gericht, wenn Sie außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz wohnen

Wenn Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts nach Vertragsschluss in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz verlegen, können sowohl Sie als auch wir Klage aus dem Versicherungsvertrag oder der Versicherungsvermittlung ausschließlich bei dem Gericht erheben, das für unseren Geschäftssitz oder die Niederlassung zuständig ist, die Ihren Vertrag verwaltet.

6. Verjährung

Wann verjähren die vertraglichen Ansprüche nach dem Gesetz?

(1) Verjährungsfrist und maßgebliche gesetzliche Regelungen

Die Ansprüche aus dem Vertrag verjähren nach § 195 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in 3 Jahren. Einzelheiten zu Beginn, Dauer und Unterbrechung der Verjährung sind in §§ 195 bis 213 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geregelt.

(2) Hemmung der Verjährung während unserer Leistungsprüfung

Wenn ein Anspruch aus dem Vertrag bei uns angemeldet wurde, ist dessen Verjährung bis zu dem Zeitpunkt gehemmt, zu dem Ihnen oder dem Anspruchsteller unsere Entscheidung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) zugeht.

7. Informationen während der Vertragslaufzeit

Sie erhalten jährlich, ab dem 2. Versicherungsjahr bis zum Beginn der Leistungsphase, eine Mitteilung, der Sie die Höhe der Versicherungsleistung und bei einem Baustein Altersvorsorge zusätzlich den Stand Ihres Kapitals entnehmen können.

Sie können diese Auskunft auch jederzeit auf Wunsch erhalten.

8. Abänderungen zum Teil C

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 C1: Die Versicherung ist innerhalb eines Gruppenvertrags abgeschlossen.

Bei Gruppenverträgen bezieht sich der Beitrag auf den Anfangsbestand des Gruppenvertrags.

Abänderung C2: Die Versicherung ist im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen.

Ziffer 2 Absatz 2 entfällt.

Erläuterung von Fachausdrücken

Hier definieren wir Ihnen wichtige Fachausdrücke. Im Text haben wir diese Fachausdrücke mit einem "→" markiert. Beispiel: **→Versicherungsnehmer**.

Bankarbeitstag:
Bankarbeitstage, auch Geschäftstage genannt, sind die Tage, an denen Kreditinstitute in Deutschland für den Publikumsverkehr geöffnet sind. Montag bis Freitag sind in der Regel Bankarbeitstage. Wochenenden und bundeseinheitliche Feiertage sowie der 24.12. und 31.12. sind keine Bankarbeitstage.

Bewertungsreserven:
Bei der Bewertung unserer Kapitalanlagen können Bewertungsreserven entstehen. Diese ergeben sich, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in unserer Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und ermöglichen es, kurzfristige Schwankungen auf den Kapitalmärkten auszugleichen.

Bezugsgröße:
Für die Beschreibung der jeweiligen Bezugsgrößen, auf die sich die Überschussanteilsätze beziehen, verwenden wir versicherungsmathematische Begriffe. Die Bezugsgrößen hängen vor allem vom Baustein, von der Höhe der vertraglich vereinbarten Pflegerente, vom Alter der versicherten Person und von der Rentenzahlungsdauer ab. Wir ermitteln die Bezugsgrößen nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik.

Deckungskapital:
Das Deckungskapital der Versicherung wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet.

Deckungsrückstellung:
Versicherer sind gesetzlich verpflichtet, für ihre Verpflichtungen gegenüber ihren Versicherungsnehmern Deckungsrückstellungen zu bilden. Sie entsprechen dem Betrag, der bereitgestellt werden muss, damit zusammen mit künftigen Versicherungsbeiträgen die garantierten Versicherungsleistungen finanziert werden können. Die Deckungsrückstellung wird entsprechend der Vorschriften der §§ 341 e und f des Handelsgesetzbuches (HGB) und der Deckungsrückstellungsverordnung berechnet.

Kosten:
Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen sind die Kosten, welche in der Beitragskalkulation berücksichtigt wurden (Abschluss- und Vertriebskosten sowie Verwaltungskosten). Die Verwaltungskosten entsprechen den übrigen Kosten nach § 2 Absatz 1 Nr. 1 der Verordnung über Informationspflichten bei Versicherungsverträgen (VVG-InfoV). Zu den Kosten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen gehören außerdem die Kosten, die aus von Ihnen veranlassten Gründen erhoben werden können.

Nahe Angehörige:
Nahe Angehörige im Sinne des § 7 Absatz 3 Pflegezeitgesetz (PflegeZG) sind Großeltern, Eltern, Schwiegereltern, Stiefeltern, Ehegatten, Lebenspartner, Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Gemeinschaft, Geschwister, Ehegatten der Geschwister und Geschwister der Ehegatten, Lebenspartner der Geschwister und Geschwister der Lebenspartner, Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder, die Kinder, Adoptiv- oder Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartners, Schwiegerkinder und Enkelkinder.

Rechnungsmäßiges Alter:
Das rechnungsmäßige Alter ist das jeweilige Alter der versicherten Person - wobei ein bereits begonnenes, aber noch nicht vollendetes Lebensjahr hinzugerechnet wird, falls davon mehr als 6 Monate verstrichen sind. Beispiel: Sie sind rechnerisch bereits dann 62 Jahre alt, wenn Sie in weniger als 6 Monaten Ihren 62. Geburtstag haben.

Rechnungszins:
Der Rechnungszins ist der Zinssatz, der für die Finanzierung der garantierten Leistungen erforderlich ist.

Rückstellung für Beitragsrückerstattung:
Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung (RfB) ist eine versicherungstechnische Rückstellung im Jahresabschluss eines Versicherers. Diese Rückstellung bildet den handelsrechtlichen Wert der Ansprüche der Versicherungsnehmer auf künftige Überschussbeteiligung. Sie ermöglicht es, Schwankungen - wie sie insbesondere bei Kapitalerträgen häufig vorkommen - im Zeitverlauf auszugleichen.

Tafeln:
Mit Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für bestimmte Ereignisse ermitteln. Sie sind Grundlage unserer Berechnungen, mit denen wir die Erfüllung unserer vertraglichen Verpflichtungen sicherstellen können.

- Mit Sterbetafeln können wir Wahrscheinlichkeiten für Todesfälle ermitteln.
- Mit weiteren Tafeln können wir Wahrscheinlichkeiten anderer Versicherungsfälle wie zum Beispiel für den Eintritt und Wegfall der Pflegebedürftigkeit ermitteln. Wir können außerdem Wahrscheinlichkeiten bestimmter Ereignisse feststellen, wie zum Beispiel für die Sterblichkeit von Pflegebedürftigen oder die Wiederverheiratung.

Überschussanteilsatz:
Die Überschussanteilsätze werden als Prozentsätze bestimmter Bezugsgrößen festgelegt. Dies erfolgt jeweils für die einzelnen Überschuss- und Untergruppen sowie für die verschiedenen Arten der Überschussanteile (siehe Ziffer 2.2 Teil A - PflegePolice Flexi). Die Überschussanteilsätze werden jeweils in Prozent im Anhang des Geschäftsberichts genannt oder dem Versicherungsnehmer auf andere Weise mitgeteilt.

Verantwortlicher Aktuar:
Jedes Lebensversicherungsunternehmen muss einen Verantwortlichen Aktuar bestellen. Diese Person muss zuverlässig und geeignet sein sowie ausreichende Kenntnisse in der Versicherungsmathematik und Berufserfahrung haben. Der Verantwortliche Aktuar achtet insbesondere darauf, dass die Verpflichtungen gegenüber den Versicherungsnehmern dauerhaft erfüllt werden können und dass bei der Berechnung der Beiträge und der Deckungsrückstellungen die gesetzlichen Bestimmungen eingehalten werden (§ 141 Versicherungsaufsichtsgesetz -VAG).

Versicherte Person:
Die versicherte Person ist diejenige Person, auf deren Leben die PflegePolice Flexi genommen wird. Die versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsnehmer:
Der Versicherungsnehmer ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Er wird als solcher im Versicherungsschein genannt. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer als Vertragspartner.

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	