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.

KörperSchutzPolice E230

		Seite
1.	Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang	1
2.	Leistung aus der Überschussbeteiligung	9
3.	Leistungsempfänger und Überweisung der Leistung	14
4.	Leistungsausschlüsse und Leistungseinschränkungen	14
5.	Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten	15
6.	Erklärung über unsere Leistungspflicht	17
7.	Änderung des vereinbarten Beitrags oder der Versicherungsleistung	17
8.	Kosten Ihres Vertrags	17
9.	Beitragsfreistellung	18
10.	Kündigung	19
11.	Vertragliche Gestaltungsmöglichkeiten	20
12.	Abänderungen zur KörperSchutzPolice E230	26

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	32
2.	Pflichten im Zusammenhang mit der Beitragszahlung	32
3.	Weitere Mitwirkungspflichten	33
4.	Abänderungen zum Teil B	34

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	35
2.	Versicherungsschein	35
3.	Deutsches Recht	35
4.	Adressaten für Beschwerden	35
5.	Zuständiges Gericht	35
6.	Verjährung	36
7.	Informationen während der Vertragslaufzeit	36
8.	Abänderungen zum Teil C	36

Erläuterung von Fachausdrücken

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

	Seite
Erläuterung von Fachausdrücken	37

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.

KörperSchutzPolice E230

Hier finden Sie die Regelungen Ihrer KörperSchutzPolice sowie für Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben.

1. Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang

Inhalt dieses Abschnitts:

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.2 Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie "Leistungen wegen Krankschreibung" vereinbart haben und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.4 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbart haben?
1.5 Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.6 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?
1.7 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?
1.8 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?
1.9 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

1.1 Welche Leistungen erbringen wir bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn bei der **→versicherten Person** während der Versicherungsdauer der KörperSchutzPolice eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 eintritt, erbringen wir die vereinbarten Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für Ihre Versicherung.
- Wir zahlen die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die 1. Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. **→Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

Die genannten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erbringen wir, solange

- die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 besteht und
- die **→versicherte Person** lebt, längstens jedoch bis zum Ende der vereinbarten Leistungsdauer bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

Wenn mehrere Beeinträchtigungen nach Ziffer 1.2 vorliegen, erbringen wir die vereinbarten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nur einmal.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

a) Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rente

Die Ansprüche auf Beitragsbefreiung und Rente entstehen mit Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 eingetreten ist. Für den Fall, dass Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht werden, entsteht der Anspruch erst zu dem in Ziffer 1.3 Absatz 1 b) genannten Zeitpunkt.

b) Beitragszahlung bis zur Entscheidung über die Leistungspflicht

Wenn Sie "Leistungen wegen Krankschreibung" vereinbart haben und die **→versicherte Person** im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 1 krankgeschrieben ist, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht.

Wenn Sie "Leistungen wegen Krankschreibung" vereinbart haben und die **→versicherte Person** nicht im Sinne von Ziffer 1.3 Absatz 1 krankgeschrieben ist oder wenn Sie keine "Leistungen wegen Krankschreibung" vereinbart haben, gilt:

Bis zur Entscheidung, ob ein Anspruch vorliegt,

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

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

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Möglichkeiten des Beitragsausgleichs.

1.2 Was ist eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

(1) Beeinträchtigung von körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts

Wenn bei der **→versicherten Person**
- in Folge Krankheit, Körperverletzung oder eines mehr als altersentsprechenden Kräfteverfalls,
- die fachärztlich nachzuweisen sind,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen eine Beeinträchtigung einer der nachstehenden körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts vorliegen wird oder bereits 6 Monate ununterbrochen vorlag,

so liegt von Beginn an eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vor.

Die Beeinträchtigung der körperlichen Aktivitäten oder der Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts darf nicht durch die in Ziffer 5.2 genannten Hilfsmittel behebbar sein und muss im nachfolgend beschriebenen Umfang vorliegen.

Die Beeinträchtigung einer der beschriebenen körperlichen Aktivitäten oder Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

Bei den einzelnen Aktivitäten oder Fähigkeiten muss die **→versicherte Person** in folgendem Umfang beeinträchtigt sein:

a) Körperliche Aktivitäten

Gebrauch der Beine

Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage,
- eine Strecke von 400 Metern auf ebenem, festem Boden selbstständig (das heißt ohne Verwendung von zum Beispiel Rollatoren oder Gehwagen) und ohne Unterbrechung zurückzulegen oder
- 12 Treppenstufen üblicher Stufenhöhe von ca. 20 Zentimetern ohne eine Pause von mehr als einer Minute aus eigener Kraft, ohne sich an einem Treppengeländer festhalten zu müssen, hinauf- und hinabzusteigen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Gebrauch eines Arms

Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage,
- den linken oder den rechten Arm seitlich oder nach vorne bis auf Schulterhöhe zu heben und dort 10 Sekunden zu halten, oder
- mit dem linken oder dem rechten Arm ein Glas in Schulterhöhe in ein Regal zu stellen und wieder herunterzunehmen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Gebrauch einer Hand

Die **→versicherte Person** ist mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage, eine Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder mit einem Schraubenzieher eine Schraube in ein gedübeltes Loch zu schrauben und wieder zu lösen oder eine Rohrzange oder eine Schere bestimmungsgemäß zu benutzen oder ein handelsübliches Leuchtmittel in den dazugehörigen Schraubsockel einer Tischlampe hinein- und wieder herauszudrehen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Fingerfertigkeit

Die **→versicherte Person** kann weder mit ihrer rechten noch mit ihrer linken Hand eine Schraube mit einem Regelgewinde und 8 Millimeter Durchmesser in eine passende Mutter schrauben, so dass sie sitzt, oder einen unbeschädigten Reißverschluss einer Jacke bestimmungsgemäß benutzen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Knien oder Bücken

Die **→versicherte Person**
- kann sich nicht mehr soweit auf den Boden knien, dass sie mit beiden Knien den Boden berührt, und sich danach wieder aufrichten, oder
- sie kann sich auch mit gebeugten Knien nicht so bücken, dass sie einen leichten Gegenstand (zum Beispiel einen Bleistift) vom Boden aufheben und sich danach wieder aufrichten kann.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Autofahren oder Motorradfahren

Die **→versicherte Person** ist zum Führen eines Personenkraftwagens der Klasse B (bzw. Klasse 3) oder eines Motorrades der Klassen A (A, A1, AM bzw. Klasse 1) oder einer Zugmaschine der Landwirtschaft der Klassen T oder L außerstande. Der Führerschein muss nachweislich aus gesundheitlichen Gründen freiwillig zurückgegeben, entzogen oder nicht erteilt worden sein. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Alle Fälle, in denen der Führerschein der **→versicherten Person** aufgrund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch entzogen wird oder die versicherte Person auf der Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach **→ICD-10**, Stand 11.11.2020) zum Führen eines Personenkraftwagens außerstande ist, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Nutzung des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs

Die **→versicherte Person** kann den öffentlichen Personennah- oder -fernverkehr nicht mehr nutzen. Das heißt, sie kann
- auch unter Nutzung von Einstiegshilfen des jeweiligen Verkehrsmittels nicht mehr in ein Verkehrsmittel des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs ein- oder aussteigen oder
- 20 Minuten darin während des Fahrbetriebs sitzen oder
- sie kann den öffentlichen Personennah- oder -fernverkehr aufgrund einer Demenzerkrankung nicht mehr nutzen und es wurde ein Schweregrad von mindestens 5 nach der Reisbergskala (GDS) diagnostiziert.

Beschwerden, die zu motorischen Einschränkungen in der Nutzung des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Beschwerden, die zu psychischen Einschränkungen in der Nutzung des öffentlichen Personennah- oder -fernverkehrs führen (ausgenommen Demenzerkrankung), gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Heben und Tragen

Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage,
- mit beiden Händen einen Gegenstand von 5 Kilogramm (zum Beispiel einen Werkzeugkoffer oder einen Farbeimer) oder
- mit der rechten oder der linken Hand einen Gegenstand von 2 Kilogramm (zum Beispiel einen Aktenkoffer)

in Hüfthöhe von einem Tisch anzuheben und 5 Meter weit über einen ebenen, festen Boden zu tragen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Ziehen oder Schieben

Die Fähigkeit der **→versicherten Person**, zu ziehen und zu schieben, ist stark beeinträchtigt. Das bedeutet, dass sie
- nicht mehr in der Lage ist, eine 85 Kilogramm schwere Person in einem manuellen Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden zu schieben, oder
- nicht mehr in der Lage ist, ein Gewicht von 85 Kilogramm in einem manuellen Standard-Handwagen oder Standard-Handhubwagen 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden zu ziehen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Sitzen
Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, 20 Minuten lang ununterbrochen auf einer Sitzgelegenheit (zum Beispiel einem handelsüblichen Stuhl mit Rücken- und Armlehnen) zu sitzen, auch nicht mit Änderung der Sitzposition oder mit Abstützen auf Armlehnen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Stehen
Die **→versicherte Person** ist auch mit Veränderung der Körperhaltung nicht mehr in der Lage, 10 Minuten lang ununterbrochen auf ebenem, festem Boden selbstständig zu stehen, ohne sich dabei abzustützen oder anzulehnen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Greifen und Halten
Die **→versicherte Person** ist mit der rechten oder mit der linken Hand nicht mehr in der Lage, einen Gegenstand (zum Beispiel ein Glas, einen Kochlöffel oder einen Pinsel) zu greifen und 5 Minuten lang ununterbrochen zu halten.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Schreiben
Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, mit der dominanten Schreibhand mit einem Schreibstift mindestens 5 Wörter in Druckbuchstaben leserlich zu schreiben.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

Bedienung von Tastatur oder Touchscreen
Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, mit einem Finger der dominanten Schreibhand auf einer Tastatur oder einem Touchscreen mindestens 5 Wörter mit mindestens 5 Buchstaben innerhalb von 5 Minuten zu tippen.

Beschwerden, die zu diesen motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechende krankhafte Befunde erklärbar sein.

b) Fähigkeiten der Sinne und des Intellekts

Sehen
Die Sehfähigkeit der **→versicherten Person** ist so stark eingeschränkt, dass bezogen auf das bessere und vollständig korrigierte Auge nur noch ein Restsehvermögen von höchstens 3/60 bzw. 0,05 oder eine Einschränkung des Gesichtsfeldes auf höchstens 15 Grad Abstand vom Zentrum, also ein Gesamtgesichtsfeldwinkel von höchstens 30 Grad, besteht.

Sprechen
Die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der **→versicherten Person** ist nach abgeschlossenem Spracherwerb so weit eingeschränkt, dass die versicherte Person von einem unabhängigen Dritten nicht mehr verstanden wird,
- weil sie keine verständlichen Worte mehr sprechen kann, oder
- weil die gesprochenen Worte keinen Sinn mehr ergeben.

Diese Beeinträchtigung muss in einem der folgenden Bereiche auftreten: Spontansprache, Nachsprechen, Benennen, Sprachverständnis.

Die Schädigung muss mittels Aachener-Aphasie-Test bestätigt sein.

Alle Fälle von psychisch verursachtem Sprachverlust oder Sprachverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Hören
Bei der **→versicherten Person** besteht eine Schallempfindungsschwerhörigkeit auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB nachweist.

Alle Fälle von psychisch verursachtem Hörverlust oder Hörverlust aufgrund neurotischer Fehlentwicklungen gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Riechen und Schmecken
Die **→versicherte Person** ist nicht mehr in der Lage, den Geruch von Menthol oder Essig und den Geschmack von zum Beispiel Glucose oder Zitronensäure wahrzunehmen.

Zum Nachweis des Verlustes des Geruchssinnes und des Geschmackssinnes müssen objektive Geruchs- und Geschmackstests mithilfe eines EEG (Elektroenzephalografie) oder ähnliche anerkannte wissenschaftliche Tests verwendet werden. Wenn der Verlust auf psychischen Ursachen beruht, gilt das nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Gleichgewichtssinn
Der Gleichgewichtssinn der **→versicherten Person** ist so stark gestört, dass ein Besteigen von Leitern (zum Beispiel einer 3-stufigen Haushaltsleiter) oder von Gerüsten nicht mehr ohne stark erhöhte Unfallgefahr möglich ist.

Die Schädigung muss durch eine neurologische Untersuchung bestätigt werden.

Alle Fälle von Gleichgewichtsstörungen auf der Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach **→ICD-10**, Stand 11.11.2020, wie zum Beispiel Angstattacken, Panikstörungen) sowie aufgrund von Alkohol- und Drogenmissbrauch gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

Intellekt
Die geistige Leistungsfähigkeit (Gedächtnis, Konzentration, Aufmerksamkeit, Auffassung, Handlungsplanung, Orientierungsfähigkeit) der **→versicherten Person** ist so schwer gestört (zum Beispiel durch eine Demenz, Schizophrenie, Psychose), dass sie alltagsrelevante Tätigkeiten nicht mehr ausüben kann.

Die Ergebnisse eines allgemein anerkannten Tests, der die geistige Leistungsfähigkeit der **→versicherten Person** prüft, müssen ergeben, dass sie zu den schlechtesten 10 Prozent der für den Test heranzuziehenden altersentsprechenden Kontrollgruppe gehören.

(2) Beeinträchtigung aufgrund Pflegebedürftigkeit
Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn die **→versicherte Person** pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 ist, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.7 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.7 Absatz 2).

(3) Beeinträchtigung aufgrund Demenz
Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn bei der **→versicherten Person** eine Demenz mit einem Schweregrad von mindestens 5 (mittelschwere kognitive Leistungseinbußen) vorliegt, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS) nach Reisberg.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrads der kognitiven, emotionalen und sozialen Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Nervenarzt, Facharzt für Psychiatrie oder Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden.

(4) Beeinträchtigung aufgrund gesetzlicher Betreuung
Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn ein Gericht anhand

eines psychiatrischen Gutachtens entschieden hat, dass die **→versicherte Person** mindestens 6 Monate lang ununterbrochen gesetzlich betreut werden musste oder voraussichtlich betreut werden muss.

(5) Beeinträchtigung aufgrund eines Tätigkeitsverbots nach dem Infektionsschutzgesetz

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und damit ein Leistungsauslöser im Sinne dieser Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn die **→versicherte Person**

- infolge eines vollständigen Tätigkeitsverbots, das von der zuständigen Gesundheitsbehörde ausschließlich aus medizinischen Gründen nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) ausgesprochen wurde,
- voraussichtlich 6 Monate ununterbrochen außerstande ist oder bereits 6 Monate ununterbrochen außerstande gewesen ist, ihren Beruf auszuüben, und
- sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht und die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

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

(6) Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen, wenn Sie den Leistungsauslöser zusätzlich vereinbart haben

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" zusätzlich vereinbart haben, liegt eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen von Beginn an auch vor, wenn bei der **→versicherten Person** eine schwere Depression der folgenden Art besteht:

- eine schwere depressive Episode (**→ICD-10** F32.2 und F32.3, Stand 11.11.2020), die mindestens 12 Monate seit Diagnosestellung anhält, oder
- eine rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode (**→ICD-10** F33.2 und F33.3, Stand 11.11.2020), mit einer Gesamtdauer der bisherigen rezidivierenden depressiven Störungen von mindestens 12 Monaten ab Diagnosestellung innerhalb der Vertragslaufzeit und
  - entweder einem zeitlichen Abstand zwischen den Episoden von nicht mehr als 6 Monaten
  - oder mit bereits abgeschlossener stationärer Behandlung von nicht weniger als 4 Wochen in einer psychiatrischen Klinik.

Eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne der Versicherungsbedingungen liegt von Beginn an auch vor, wenn die **→versicherte Person** für voraussichtlich 12 Monate aufgrund einer psychischen Erkrankung im Sinne des Kapitels V **→ICD-10**, Stand 11.11.2020 nicht mehr in der Lage ist, 3 Stunden täglich einer Erwerbstätigkeit auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt nachzugehen. Die Situation auf dem Arbeitsmarkt bleibt unberücksichtigt. Ausgenommen sind Erkrankungen nach **→ICD-10** F10-F19 Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen und F55 Verhaltensauffälligkeiten aufgrund schädlichem Gebrauch von nichtabhängigkeitserzeugenden Substanzen, Stand 11.11.2020.

Die Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankung ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

Die Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankung darf nicht durch die in Ziffer 5.2 genannten Hilfsmittel behebbar sein.

(7) Beeinträchtigung bei speziellen Berufen, wenn Sie den Leistungsauslöser zusätzlich vereinbart haben

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" zusätzlich vereinbart haben, liegt eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen von Beginn an auch vor, wenn bei der **→versicherten Person**

- eine der nachstehenden beruflichen Anforderungen beeinträchtigt ist und
- sie auch keine andere Tätigkeit ausübt, die ihrer bisherigen Lebensstellung entspricht und die sie aufgrund ihrer Ausbildung und Fähigkeiten ausüben kann.

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

Die Beeinträchtigung der beruflichen Tätigkeit darf nicht durch die in Ziffer 5.2 genannten Hilfsmittel behebbar sein.

a) LKW-/Bus-Fahrerlaubnis

Die **→versicherte Person** kann ihre berufliche Tätigkeit für mindestens 6 Monate nicht weiter ausüben, da sie zum Führen eines LKWs (Fahrerlaubnis Klasse C, CE, C1 oder C1E) oder eines Busses (Fahrerlaubnis Klasse D, DE, D1 oder D1E) außerstande ist.

Die Fahrerlaubnis, die die **→versicherte Person** für ihre berufliche Tätigkeit benötigt, muss nachweislich aus gesundheitlichen Gründen entzogen oder nicht erteilt worden sein. Dies muss ein verkehrsmedizinisches Gutachten bestätigen.

Alle Fälle, in denen die Fahrerlaubnis der **→versicherten Person** aufgrund von Alkohol- oder Drogenmissbrauch entzogen wird oder die versicherte Person auf der Basis einer psychiatrischen Erkrankung (Diagnose beginnend mit "F" nach **→ICD-10**, Stand 11.11.2020) zum Führen eines LKWs oder eines Busses außerstande ist, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

b) Arbeitsmedizinischer Schutz: Empfehlung "Lärmexposition"

Die **→versicherte Person** kann für mindestens 12 Monate ihre berufliche Tätigkeit nicht weiter ausüben, da eine berufsgenossenschaftlich empfohlene Untersuchung "Lärmexposition" ergab, dass bei der versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Arbeiten bei Lärmexposition bestehen, und ein Facharzt dieses Ergebnis in der Lärm III Untersuchung bestätigt hat.

Für die gleiche Tätigkeit wurden bei mindestens einer vorherigen Untersuchung "Lärmexposition" keine gesundheitlichen Bedenken für das Arbeiten bei Lärmexposition festgestellt.

Alle Fälle, in denen die Untersuchung "Lärmexposition" dauerhafte Bedenken aufgrund von psychischen Ursachen ergibt, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

c) Arbeitsmedizinischer Schutz: Empfehlung "Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten"

Die **→versicherte Person** kann für mindestens 12 Monate ihre berufliche Tätigkeit nicht weiter ausüben, da eine berufsgenossen-

schaftlich empfohlene Untersuchung "Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten" ergab, dass bei der versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für die Eignung für Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten bestehen, und ein Facharzt dieses Ergebnis bestätigt hat.

Alle Fälle, in denen die Untersuchung "Fahr-, Steuer- und Überwachungstätigkeiten" dauerhafte Bedenken aufgrund von psychischen Ursachen ergibt, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

d) Arbeitsmedizinischer Schutz: Empfehlung "Atemschutzgeräte"

Die **→versicherte Person** kann für mindestens 12 Monate ihre berufliche Tätigkeit nicht weiter ausüben, da eine berufsgenossenschaftlich empfohlene Untersuchung "Atemschutzgeräte" ergab, dass bei der versicherten Person dauernde gesundheitliche Bedenken für das Tragen von Atemschutzmasken bestehen, und ein Facharzt dieses Ergebnis bestätigt hat.

Für die gleiche Tätigkeit wurden bei mindestens einer vorherigen Untersuchung "Atemschutzgeräte" keine gesundheitlichen Bedenken für das Tragen von Atemschutzmasken festgestellt.

Alle Fälle, in denen die Untersuchung "Atemschutzgeräte" dauerhafte Bedenken aufgrund von psychischen Ursachen ergibt, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

1.3 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie "Leistungen wegen Krankschreibung" vereinbart haben und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen wegen Krankschreibung

a) Leistungen in Höhe der Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn Sie "Leistungen wegen Krankschreibung" vereinbart haben und die **→versicherte Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben worden ist oder voraussichtlich mindestens 6 Monate ununterbrochen krankgeschrieben wird, erbringen wir die folgenden Leistungen:

- Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Versicherung.
- Wir zahlen eine Rente in Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Die Rente zahlen wir je nach Vereinbarung monatlich, vierteljährlich, halbjährlich oder jährlich. Die 1. Zahlung erfolgt gegebenenfalls anteilig. Wir überweisen die Rente jeweils am 1. **→Bankarbeitstag** nach den vereinbarten Fälligkeitsterminen.

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

Leistungen wegen Krankschreibungen können erst nach Prüfung der eingereichten Nachweise unter Berücksichtigung eventuell vereinbarter Ausschlüsse und / oder besonderer Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes (siehe Absatz 4) erfolgen, wobei von uns weitere Unterlagen entsprechend Ziffer 5.1 dieser Versicherungsbedingungen verlangt werden können (siehe Unterabsatz d)).

b) Leistungsdauer

Die Leistungen wegen Krankschreibung erbringen wir, solange

- die **→versicherte Person** ununterbrochen krankgeschrieben ist oder sein wird und
- die vereinbarte Leistungsdauer bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht abgelaufen ist und
- wir keine Leistungen wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erbringen und
- die versicherte Person lebt und
- insgesamt eine Dauer der Krankschreibung von 24 Monaten während der vereinbarten Leistungsdauer bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht überschritten ist. Wenn die **→versicherte Person** mehrfach nach Absatz a) krankgeschrieben ist, ist die Leistungsdauer wegen Krankschreibung für alle eintretenden Krankschreibungen zusammen auf 24 Monate beschränkt.

Wenn die **→versicherte Person** einen Antrag auf Leistungen wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten stellt und die Leistungsprüfung ergibt, dass bei der versicherten Person eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten im Sinne dieser Versicherungsbedingungen vorliegt, erbringen wir mit Beginn des nächsten Monatsersten nach Abschluss der Leistungsprüfung Leistungen wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Ab diesem Zeitpunkt werden die Leistungen wegen Krankschreibung eingestellt.

Wenn wir

- Leistungen wegen Krankschreibung der **→versicherten Person** erbracht haben und
- nach Abschluss der Leistungsprüfung wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten feststellen, dass eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten vorliegt,

gilt:

Wir rechnen den Zeitraum zwischen dem Ablauf des Monats, in dem die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten eingetreten ist, und dem Beginn der Leistungen wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, für den wir Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, auf die maximale Leistungsdauer wegen Krankschreibung von insgesamt 24 Monaten nicht an.

c) Verhältnis der Leistungen wegen Krankschreibung und Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Solange Leistungen wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen wegen Krankschreibung.

Für den Zeitraum, für den wir bereits Leistungen wegen Krankschreibung erbracht haben, erbringen wir keine Leistungen wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Die Leistungen wegen Krankschreibung entsprechen der Höhe nach den Leistungen wegen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten.

d) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen Krankschreibung verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers Bescheinigungen nach Absatz 2 eingereicht werden. Davon muss mindestens eine Bescheinigung von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung ausgestellt worden sein. Darüber hinaus sind weitere Unterlagen nach Ziffer 5.1 einzureichen, wenn wir dies verlangen.

e) Nachprüfung unserer Leistungspflicht

Wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen, sind wir berechtigt zu prüfen, ob nach wie vor eine ununterbrochene Krankschreibung der **→versicherten Person** vorliegt.

f) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten

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

(2) Krankschreibung im Sinne dieser Versicherungsbedingungen

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

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

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

(4) Anwendbare Regelungen
Soweit in dieser Ziffer nichts anderes geregelt ist, gelten die Regelungen Ihrer KörperSchutzPolice auch für die Leistungen wegen Krankschreibung.

Wenn Sie bei Abschluss Ihrer KörperSchutzPolice mit uns Ausschlüsse und besondere Vereinbarungen zu Art und Umfang des Versicherungsschutzes bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten geschlossen haben, gelten diese entsprechend auch für die Leistungen wegen Krankschreibung. Informationen hierzu entnehmen Sie Ihrem Versicherungsschein.

1.4 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbart haben?

(1) Zahlung des vereinbarten Kapitals
Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbart haben und bei der **→versicherten Person** während der Versicherungsdauer eine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 eintritt, zahlen wir nach Ablauf von 28 Tagen, gerechnet ab dem auf den Eintritt des Versicherungsfalls folgenden Tag, das vereinbarte Kapital.

Wenn die **→versicherte Person** vor Ablauf der 28 Tage nach Eintritt der schweren Krankheit nach Ziffer 1.5 stirbt, erbringen wir keine Leistung und die Versicherung erlischt.

(2) Fortbestand Ihrer Versicherung
Auch nach Anerkennung einer Leistungspflicht wegen einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.5 besteht Ihre Versicherung fort.

(3) Einschränkungen
Wenn bei der **→versicherten Person** nacheinander mehrere versicherte schwere Krankheiten nach Ziffer 1.5 eintreten, besteht unsere Leistungspflicht grundsätzlich auch für diese weiteren schweren Krankheiten. Dabei sind folgende Einschränkungen zu beachten:
- Nach Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.5 gilt eine Wartezeit von 3 Monaten, das heißt der Eintritt einer weiteren schweren Krankheit während dieses Zeitraums begründet keinen neuen Versicherungsfall nach Absatz 1.
- Wenn die versicherte schwere Krankheit nach Ziffer 1.5, die bereits zur Leistungspflicht geführt hat, ein weiteres Mal eintritt, kann kein weiterer Versicherungsfall nach Absatz 1 geltend gemacht werden.
- Alle mittelbaren und unmittelbaren Folgen einer eingetretenen schweren Krankheit nach Ziffer 1.5 begründen keinen weiteren Versicherungsfall nach Absatz 1.
- Nach einem Herzinfarkt nach Ziffer 1.5 Absatz 1 oder einem Schlaganfall nach Ziffer 1.5 Absatz 5 wird nach Eintritt einer der beiden schweren Krankheiten die jeweilige andere schwere Krankheit nicht mehr vom Versicherungsschutz umfasst. Bei Eintritt eines Herzinfarkts oder eines Schlaganfalls besteht Ihre Versicherung daher ohne Versicherungsschutz für die schweren Krankheiten Schlaganfall und Herzinfarkt fort.

1.5 Was ist eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen?

Die folgenden Krankheiten sind eine schwere Krankheit im Sinne dieser Versicherungsbedingungen, wenn sie die im Einzelnen genannten Voraussetzungen erfüllen. Der Eintritt einer der versicherten schweren Krankheiten ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung mit den nach aktuellem medizinischen Wissensstand üblichen Befunderhebungen nachzuweisen.

(1) Herzinfarkt
Es liegt ein während der Versicherungsdauer akut aufgetretener Infarkt vor, der mit den im Zeitpunkt des Auftretens geltenden kardiologischen Nachweisverfahren eindeutig belegt worden ist.

Andere Erkrankungen des Herzmuskels, die nicht eindeutig als Herzinfarkt nachgewiesen werden können, gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

(2) Koma
Es liegt eine schwere Funktionsstörung des Gehirns mit einem Schweregrad von höchstens 8 Punkten nach dem Glasgow-Coma-Scale für die Dauer von mindestens 4 Tagen vor.

Ein "Künstliches Koma" (Langzeitnarkose), das einen zu therapeutischen Zwecken medikamentös herbeigeführten Zustand darstellt, gilt nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

(3) Krebs
Bei einer Krebserkrankung muss ein Zeitraum von mindestens 6 Monaten zwischen Versicherungsbeginn und Erstdiagnosestellung gelegen haben.

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

mittels histopathologischem Befund nachgewiesen werden.

Ausgeschlossen sind alle Formen von nichtmelanozytärem Hautkrebs.

(4) Multiple Sklerose
Es liegt eine Multiple Sklerose in folgender Form vor:

Wenn die Erkrankung schubförmig verläuft, müssen
- mindestens 2 definierte Schübe und
- mindestens eine objektivierbare klinische Läsion (Zerstörung des Nervengewebes) und
- ein typischer Kernspin-Befund oder positiver Liquorbefund (Funktionsbefund der Rückenmarksflüssigkeit)

vorliegen.

Wenn die Erkrankung chronisch fortschreitend verläuft, müssen die Symptome mit bleibenden funktionellen Einschränkungen über mindestens 6 Monate kontinuierlich zunehmen und es müssen
- mindestens eine objektivierbare klinische Läsion und
- ein typischer Kernspin-Befund oder positiver Liquorbefund und
- ein Kernspin-Befund über die Vergrößerung der Zerstörungsherde

vorliegen.

Die funktionellen Einschränkungen müssen nach der Extended Disability Status Scale festgestellt worden sein. Für einen Versicherungsfall müssen sie mindestens der EDSS Stufe 4,5 entsprechen.

Unklare Verdachtsfälle, wie zum Beispiel "Klinisch isoliertes Syndrom" oder "mögliche Multiple Sklerose" gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

(5) Schlaganfall
Es liegt ein Schlaganfall mit einem der folgenden Symptome vor, die über mindestens 3 aufeinander folgende Monate vorgelegen haben müssen oder voraussichtlich 3 Monate lang vorliegen werden:

Halbseitige Lähmungen (Hemiplegie/Hemiparese), Sprachstörungen (Aphasie), Sehstörungen, Schluckstörungen, Epilepsie oder Einschränkung der alltäglichen Fähigkeiten auf unter 60 Punkte nach dem Barthel-Index (Index zur Bewertung von alltäglichen Fähigkeiten).

Kurz andauernde Schlaganfälle, die folgenlos ausheilen (TIA = transitorische ischämische Attacke), gelten nicht als Versicherungsfall im Sinne dieser Versicherungsbedingungen.

(6) Querschnittslähmung
Es liegt eine Querschnittslähmung vor, bei der die Lähmung oder der Verlust der Gebrauchsfähigkeit beider Beine über mindestens 3 Monate vorgelegen hat und nach aktuellem medizinischen Wissensstand voraussichtlich auf Dauer fortbesteht.

1.6 Welche Leistungen erbringen wir, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, und wann entsteht der Anspruch auf die Leistungen?

(1) Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die **→versicherte Person** während der Versicherungsdauer der Versicherung pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 wird, das heißt aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffer 1.7 Absatz 1) mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Ziffer 1.7 Absatz 2), zahlen wir eine Pflegezusatzrente.

Die Pflegezusatzrente erbringen wir zusätzlich zu den Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, solange
- die **→versicherte Person** lebt und
- die versicherte Person pflegebedürftig im Sinne von Ziffer 1.7 ist.

(2) Anspruch auf Leistungen bei Pflegebedürftigkeit
Der Anspruch auf Pflegezusatzrente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

1.7 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 den Pflegegrad 2 eingestuft wird (siehe Absatz 2).

(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.

Die Pflegebedürftigkeit ist stets ärztlich nachzuweisen.

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 KörperSchutzPolice und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, 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 KörperSchutzPolice und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, keine Auswirkungen. Den Wortlaut des genannten Paragrafen finden Sie im Anhang zu Teil A "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang" am Ende Ihrer Versicherungsbedingungen.

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

Leistungen aus der KörperSchutzPolice (siehe Ziffer 1.1) und aus dem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben (siehe Ziffer 1.6), erbringen wir, wenn die **→versicherte Person** aufgrund ihrer Pflegebedürftigkeit mindestens in den Pflegegrad 2 eingestuft wird.

(3) Ermittlung des Grads der Pflegebedürftigkeit
Der Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad) wird entsprechend der gesetzlichen Vorschrift des § 15 einschließlich der Anlagen des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI in der Fassung vom 21.12.2015, gültig ab 01.01.2017, ermittelt. Eine Änderung der gesetzlichen Vorschrift zur Ermittlung des Pflegegrads hat auf die Ermittlung des Pflegegrads nach diesen Versicherungsbedingungen und somit auf den Versicherungsschutz aus Ihrer KörperSchutzPolice und Ihrem Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, 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. Die **→versicherte Person** ist pflegebedürftig bei Einstufung mindestens in den Pflegegrad 2, was ab 27 Gesamtpunkten gegeben ist (siehe § 15 Absatz 3 des Sozialgesetzbuchs (SGB) XI).

1.8 In welchen Ländern besteht Versicherungsschutz?

Der Versicherungsschutz aus Ihrer Versicherung besteht weltweit.

1.9 Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?

(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss
Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:

a) Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten:
- unsere unternehmenseigene Sterbetafel "AZ 2021 GF TA U" (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigene Tafel "AZ 2021 GF I U" für die Eintrittswahrscheinlichkeiten einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigenen Tafeln "AZ 2012 GF TI U" und "AZ 2012 GF RI U" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Beeinträchtigten und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 1,0 Prozent und
- die **→Kosten** der KörperSchutzPolice (siehe dazu Ziffer 8.1).

b) Rechnungsgrundlagen für ein vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit:
- unsere unternehmenseigene Tafel "AZ 2021 DD I U" für die Eintrittswahrscheinlichkeiten einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.5 (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 1,0 Prozent und
- die **→Kosten** der KörperSchutzPolice (siehe dazu Ziffer 8.1).

c) Rechnungsgrundlagen für die garantierten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben:
- unsere unternehmenseigene Pflegetafel "AZ 2016 P U" (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 1,0 Prozent und
- die **→Kosten** des Bausteins Pflegezusatzrente (siehe dazu Ziffer 8.1).

(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 KörperSchutzPolice und des Bausteins Pflegezusatzrente), 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 **→De-**

ckungsrückstellung 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 KörperSchutzPolice und des Bausteins Pflegezusatzrente zugrunde, die wir bei Vertragsschluss zugrunde gelegt haben.

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

2. 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 und Ziffer 2.3.1 Absatz 2 b)). **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 Berufsunfähigkeitsrisiko),
- 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 Ziffern 2.2.3 und 2.2.4), 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 Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) 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 Ziffern 2.2.3 und 2.2.4) 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). Wie die erzielten Überschüsse verwendet werden, ist abhängig von der vereinbarten Überschussverwendungsart. Folgende Überschussverwendungsarten können Sie bei Vertragsschluss vereinbaren:
- Verrechnung (siehe Absatz 1)
- Überschussrente (siehe Absatz 2)
- Ansammlungsbonus (siehe Absatz 3)

(1) Wenn Sie Verrechnung vereinbart haben, gilt folgendes:

a) 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.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen
→**Bezugsgrößen** bei beitragspflichtigen Versicherungen sind
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und für ein vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 und
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen
→**Bezugsgrößen** bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind
- die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Pflegezusatzrenten
Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die →**Bezugsgrößen**
- das →**Deckungskapital** der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben

zum Ende des abgelaufenen →**Versicherungsjahres**.

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen
Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und für ein vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 und
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

festgesetzt wird.

Die Überschussanteile werden jeweils mit den laufenden Beiträgen entsprechend deren Zahlungsweise verrechnet.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen
Wenn
- Ihre Versicherung nach Ziffer 9.1 beitragsfrei ist und
- bei der →**versicherten Person** keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt,

finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines →**Versicherungsjahres** eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bzw. der versicherten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, wird dieses während der beitragsfreien Zeit nicht durch die Überschussbeteiligung erhöht.

cc) Verwendung bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten
Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für diese Rente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (→**Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Diese ist selbst wiederum wie laufende Renten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, wird dieses während der Rentenzahlung nicht durch die Überschussbeteiligung erhöht.

dd) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten
Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden und Ihre Versicherung vor Eintritt der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2
- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines →**Versicherungsjahres** eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am

Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(2) Wenn Sie eine Überschussrente vereinbart haben, gilt folgendes:

a) 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.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

→Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen sind
- die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten,
- das gegebenenfalls vereinbarte Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind
- die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die **→Bezugsgrößen**
- das **→Deckungskapital** der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben

zum Ende des abgelaufenen **→Versicherungsjahres**.

b) Verwendung der jährlichen Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Wir finanzieren mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines **→Versicherungsjahres** eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Überschussrente),
- ein zusätzliches Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit (Überschusskapital), wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, des vereinbarten Kapitals bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt werden. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn die jährlichen Überschussanteile, die zur Finanzierung einer beitragsfreien Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten,
- ein zusätzliches Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit, wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

bestimmt sind, aufgrund der jährlichen Festlegung durch den Vorstand in einem **→Versicherungsjahr** unter denen des Vorjahres liegen, können Sie die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, das Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit und die Pflegezusatzrente zu Beginn dieses Versicherungsjahres für die restliche Versicherungsdauer der Versicherung ohne erneute Risikoprüfung 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 zu entscheiden. Voraussetzung für das Erhöhungsrecht ist, dass bei der **→versicherten Person** zu Beginn des betreffenden **→Versicherungsjahres**
- keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 und
- keine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 vorliegt.

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 dem **→rechnungsmäßigen Alter** der **→versicherten Person**, der restlichen Versicherungsdauer, der Beitragszahlungsdauer, einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag sowie den Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn
- Ihre Versicherung nach Ziffer 9.1 beitragsfrei ist und
- bei der **→versicherten Person** keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt,

finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines **→Versicherungsjahres** eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bzw. der versicherten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, wird dieses während der beitragsfreien Zeit nicht durch die Überschussbeteiligung erhöht.

cc) Verwendung bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für diese Rente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Diese ist selbst wiederum wie laufende Renten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, wird dieses während der Rentenzahlung nicht durch die Überschussbeteiligung erhöht.

dd) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines **→Versicherungsjahres** eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatz-

rente festgesetzt wird. Die Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, gilt folgendes:

a) 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.

aa) Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen

→Bezugsgrößen bei beitragspflichtigen Versicherungen sind
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und für ein vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 und
- der vereinbarte Beitrag für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

bb) Bezugsgrößen bei beitragsfreien Versicherungen

→Bezugsgrößen bei nach Ziffer 9.1 beitragsfreien Versicherungen sind
- die vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und
- die vereinbarte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

cc) Bezugsgrößen bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Pflegezusatzrenten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder laufende Pflegezusatzrenten, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, gezahlt werden, sind die **→Bezugsgrößen**
- das **→Deckungskapital** der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und
- das Deckungskapital der Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben

zum Ende des abgelaufenen **→Versicherungsjahres**.

dd) Bezugsgröße der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen Ihrer Versicherung erhalten Sie auf Ihren Ansammlungsbonus Zinsüberschussanteile.

Wir berechnen den Zinsüberschussanteil täglich mit den für diese Überschussanteile festgelegten jährlichen **→Überschussanteilsätzen** bezogen auf einen Tag und teilen die Überschussanteile täglich zu.

→Bezugsgröße für den Zinsüberschussanteil ist das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus zuzüglich der bereits zugeteilten jährlichen Überschussanteile abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 c).

b) Verwendung der laufenden Überschussanteile

aa) Verwendung bei beitragspflichtigen Versicherungen

Mit jedem fälligen Beitrag erhält Ihre Versicherung einen Überschussanteil, der in Prozent
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und für ein vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 und
- des Beitrags für Ihre vereinbarten Leistungen bei Pflegebedürftigkeit, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

festgesetzt wird.

Wir finanzieren mit den jährlichen Überschussanteilen eines **→Versicherungsjahres** zu Beginn des nächsten Versicherungsjahres eine Erhöhung des **→Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

bb) Verwendung bei beitragsfreien Versicherungen

Wenn
- Ihre Versicherung nach Ziffer 9.1 beitragsfrei ist und
- bei der **→versicherten Person** keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt,

finanzieren wir mit den für Ihre Versicherung festgelegten jährlichen Überschussanteilen eines **→Versicherungsjahres** eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf
- eine zusätzliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (Überschussrente) und
- eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

die in Prozent der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bzw. der versicherten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die Leistungsdauern stimmen mit denjenigen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bzw. der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, wird dieses während der beitragsfreien Zeit nicht durch die Überschussbeteiligung erhöht.

cc) Verwendung bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für diese Rente zugeteilten Überschussanteilen abzüglich Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 b) eine zusätzliche beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Diese ist selbst wiederum wie laufende Renten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, wird dieses während der Rentenzahlung nicht durch die Überschussbeteiligung erhöht.

dd) Verwendung der Überschussanteile Ihres Bausteins Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, bei laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und keine Pflegezusatzrenten gezahlt werden und Ihre Versicherung vor Eintritt der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2
- beitragspflichtig war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Anwartschaft auf eine Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.
- beitragsfrei war, finanzieren wir mit den für Ihren Baustein Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eines **→Versicherungsjahres** eine beitragsfreie einjährige Anwartschaft auf eine zusätzliche Pflegezusatzrente (Überschussrente), die in Prozent der vereinbarten Pflegezusatzrente festgesetzt wird. Die

Leistungsdauer stimmt mit derjenigen der vereinbarten Pflegezusatzrente überein.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und laufende Pflegezusatzrenten gezahlt werden, finanzieren wir mit den für Ihre Pflegezusatzrente zugeteilten Überschussanteilen eine zusätzliche beitragsfreie Pflegezusatzrente. Diese ist selbst wiederum wie laufende Pflegezusatzrenten am Überschuss beteiligt. Für die Berechnung der Leistungserhöhungen gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

ee) Verwendung der Zinsüberschussanteile des Ansammlungsbonus
Wir verwenden die täglichen Zinsüberschussanteile aus dem Ansammlungsbonus nach Abzug von Verwaltungskosten (**→Kosten**) nach Ziffer 8.1 Absatz 2 c) für eine Erhöhung des **→Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

ff) Auszahlung des Ansammlungsbonus bei Ablauf der Versicherungsdauer oder bei Tod der versicherten Person
Wenn die Versicherungsdauer abläuft, zahlen wir das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

Wenn die **→versicherte Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer stirbt, zahlen wir das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus aus.

2.2.4 Schlussüberschussbeteiligung des Ansammlungsbonus

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Zusätzlich zu den jährlichen Überschussanteilen kann bei Vertragsende ein Schlussüberschussanteil zugeteilt werden, das heißt bei
- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der **→versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

Der Schlussüberschussanteil besteht aus einem normalen Schlussüberschussanteil und darüber hinaus bei beitragspflichtigen Versicherungen aus einem zusätzlichen Schlussüberschussanteil. Die Höhe des normalen und des zusätzlichen Schlussüberschussanteils ergibt sich aus der Überschussdeklaration (siehe Ziffer 2.2.2) und kann auch null sein.

(1) Ermittlung des normalen Schlussüberschussanteils
Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des normalen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die **→Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche **→Versicherungsjahre** jeweils festgelegten Schlussüberschussanteilsätze zugrunde. **→Bezugsgröße** für den normalen Schlussüberschussanteil ist jeweils das durchschnittliche **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe sämtlicher Schlussüberschussanteilsätze legt der Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe der Schlussüberschussanteilsätze sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang des Geschäftsberichts unter der Überschrift "Schlussüberschussanteil" entnehmen.

Bei Kapitalzahlungen vor Ablauf der Versicherungsdauer (zum Beispiel bei Kündigung) kann der Schlussüberschussanteil in Abhängigkeit von der Zinssituation am Kapitalmarkt geringer ausfallen. Weitere Informationen können Sie dem Anhang des Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Schlussüberschussanteil bei Kündigung" entnehmen.

(2) Ermittlung des zusätzlichen Schlussüberschussanteils
Bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) ermitteln wir die Höhe des zusätzlichen Schlussüberschussanteils nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Die Ermittlung entspricht dabei der eines jährlichen Überschussanteils nach Ziffer 2.2.3 Absatz 3 a) Sätze 2 und 3 für den Zeitraum des Beginns des letzten **→Versicherungsjahres** bis zum Leistungszeitpunkt.

(3) Verwendung des Schlussüberschussanteils
Wenn ein Schlussüberschussanteil bei Vertragsende (siehe Ziffer 2.2.4 Satz 2) hinzukommt, zahlen wir ihn aus.

2.3 Wie beteiligen wir Ihren Vertrag an den Bewertungsreserven?

2.3.1 Beteiligung vor Rentenbeginn

(1) Beteiligung bei Verrechnung oder Überschussrente
Die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Wenn Sie Verrechnung oder eine Überschussrente vereinbart haben, entfallen auf Ihre Versicherung 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 bei Ansammlungsbonus
Wenn Sie einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, beteiligen wir Ihre Versicherung auch vor Rentenbeginn an den **→Bewertungsreserven**.

Wir ordnen die **→Bewertungsreserven**, die nach den aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der **→Versicherungsnehmer** zu berücksichtigen sind, den einzelnen Verträgen nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen verursachungsorientierten Verfahren rechnerisch zu. Die Höhe der **→Bewertungsreserven** ermitteln wir dazu
- jährlich neu,
- zusätzlich auch zu den Stichtagen, die im Anhang des Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven" veröffentlicht werden.

Aus der rechnerischen Zuordnung ergeben sich noch keine vertraglichen Ansprüche auf eine Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** in einer bestimmten Höhe. Ihre konkrete Beteiligung auf Grundlage der rechnerischen Zuordnung ergibt sich aus den Absätzen 2 c) bis e).

a) Zeitpunkt der Beteiligung
Wir beteiligen Ihre Versicherung bei Vertragsende an den **→Bewertungsreserven**, das heißt bei
- Kündigung,
- Ablauf der Versicherungsdauer oder
- Tod der **→versicherten Person** vor Ablauf der Versicherungsdauer.

b) Verursachungsorientiertes Beteiligungsverfahren
Die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** erfolgt nach einem verursachungsorientierten Verfahren. Im Rahmen dieses Verfahrens bestimmen wir die dem einzelnen Vertrag rechnerisch zuzuordnenden **→Bewertungsreserven** als Anteil an den Bewertungsreserven aller anspruchsberechtigten Verträge. Dieser Anteil ist abhängig von der Summe der sich für Ihren Vertrag in den abgelaufenen **→Versicherungsjahren** ergebenden durchschnittlichen **→Deckungskapitalien** im Verhältnis zur Summe der sich für alle abgelaufenen Versicherungsjahre ergebenden durchschnittlichen Deckungskapitalien aller Verträge, soweit sie anspruchsberechtigt sind.

Die Stichtage für die Ermittlung der **→Bewertungsreserven** legen wir jeweils im Voraus für ein Kalenderjahr fest. Diese Festlegungen werden im Anhang des Geschäftsberichts unter der Unterüberschrift "Maßgebende Stichtage für die Beteiligung an Bewertungsreserven" veröffentlicht.

c) Zuteilung der Bewertungsreserven
Wir ermitteln bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) für diesen Zeitpunkt den Ihrem Vertrag rechnerisch zuzuordnenden Anteil an den **→Bewertungsreserven** nach dem in Absatz 2 b) beschriebenen

Verfahren. Nach § 153 Absatz 3 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) teilen wir Ihrer Versicherung dann die Hälfte des ermittelten Betrags zu. Damit haben Sie einen Anspruch auf den Ihrem Vertrag zugeteilten Betrag. Die Mittel für die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** werden grundsätzlich der **→Rückstellung für Beitragsrückerstattung** entnommen (siehe Ziffer 2.1 Absatz 3).

d) Verwendung der zugeteilten Bewertungsreserven
Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) zahlen wir die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** aus.

e) Sockelbetrag für die Beteiligung an den Bewertungsreserven
Die Höhe der **→Bewertungsreserven**, an denen Ihr Ansammlungsbonus beteiligt wird, ist vom Kapitalmarkt abhängig und unterliegt Schwankungen. Zum Ausgleich dieser Schwankungen können wir in Abhängigkeit von unserer Ertragslage **→Überschussanteilsätze** für den sogenannten Sockelbetrag für die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** festsetzen. Bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) kann ein Sockelbetrag zum Tragen kommen.

aa) Ermittlung des Sockelbetrags
Wenn bei Vertragsende (siehe Absatz 2 a)) ein Sockelbetrag zum Tragen kommt, ermitteln wir dessen Höhe nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei legen wir die **→Bezugsgrößen** und die dann für sämtliche **→Versicherungsjahre** jeweils festgelegten **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag zugrunde.

→Bezugsgröße für den Sockelbetrag ist das jeweilige **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus in den einzelnen abgelaufenen Kalenderjahren.

Die Höhe der **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag legt der Vorstand jeweils für ein Kalenderjahr fest. Die Festlegung der Höhe der **→Überschussanteilsätze** für den Sockelbetrag sowie weitere Informationen können Sie dem Anhang des Geschäftsberichts unter der Überschrift "Sockelbetrag für die Beteiligung an Bewertungsreserven" entnehmen.

bb) Zuteilung und Verwendung des Sockelbetrags
Wenn wir Ihrem Vertrag die Beteiligung an den **→Bewertungsreserven** zuteilen und ein für diesen Zeitpunkt festgelegter Sockelbetrag höher ist als der Wert der Beteiligung, der sich nach Absatz 2 c) ergibt, teilen wir Ihrem Vertrag den Sockelbetrag zu. Er wird so verwendet, wie unter Absatz 2 d) beschrieben. Wenn der Sockelbetrag niedriger ist oder es keinen Sockelbetrag gibt, bleibt es bei der Zuteilung des gesetzlich vorgesehenen Werts (siehe Absatz 2 c)).

2.3.2 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.

2.3.3 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 Leistung

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 Leistung?

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, soweit derartige Verfügungen überhaupt 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 Leistung?

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

In welchen Fällen ist die Leistung ausgeschlossen?

Wir erbringen keine Leistungen aus dieser Versicherung, wenn der Versicherungsfall 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 uneingeschränkt, wenn der Versicherungsfall während eines Aufenthalts der →**versicherten Person** außerhalb Deutschlands in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen verursacht wurde, an denen sie nicht selbst aktiv beteiligt war. Wir leisten ebenfalls uneingeschränkt, wenn der Versicherungsfall 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 uneingeschränkt, wenn der Versicherungsfall 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 uneingeschränkt, wenn uns nachgewiesen wird, dass die Handlung
- in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit oder
- unter dem Druck schwerer körperlicher Leiden

begangen worden ist;

e) durch eine von Ihnen als →**Versicherungsnehmer** ausgeübte widerrechtliche Handlung mit dem Vorsatz, die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, die schwere Krankheit oder 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) 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.

5. Ihre besonderen Mitwirkungspflichten und Obliegenheiten

Inhalt dieses Abschnitts:

5.1 Welche Auskunfts- und Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen verlangt werden?
5.2 Welche Obliegenheiten zur Schadensminderung sind zu beachten?
5.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht zu beachten?
5.4 Welche Rechtsfolgen haben Obliegenheitsverletzungen?
5.5 Welche weiteren Unterlagen können wir verlangen?

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

(1) Einreichung von Unterlagen

Wenn Leistungen wegen einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.1, Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 oder Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.6 verlangt werden, müssen uns unverzüglich auf Kosten des Anspruchstellers folgende Auskünfte gegeben und Unterlagen eingereicht werden, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind:

a) ausführliche, aussagekräftige Befundberichte der Fachärzte, von denen die →**versicherte Person** untersucht wurde oder bei denen sie in Behandlung ist oder war,
- mit Nachweisen über Ursache, Beginn, Art, Schweregrad, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie
- gegebenenfalls über dessen Auswirkungen auf eine der in Ziffer 1.2 beschriebenen körperlichen oder geistigen Fähigkeiten;

b) bei Anordnung gesetzlicher Betreuung der gerichtliche Bestellungsbeschluss oder der Betreuerausweis;

c) bei Anordnung eines vollständigen Tätigkeitsverbots nach § 31 Bundesinfektionsschutzgesetz (IfSG) zusätzlich der Bescheid über das Tätigkeitsverbot und die dazugehörigen Unterlagen;

d) bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten aufgrund Pflegebedürftigkeit das Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Sozialgesetzbuch (SGB) XI des Versicherungsträgers der Pflegepflichtversicherung und

e) wenn das Gutachten nicht geeignet ist, das Vorliegen unserer Leistungsvoraussetzungen zu bestätigen, oder keine gesetzliche Pflegepflichtversicherung besteht oder diese kein Gutachten erstellt hat,
- ausführliche Berichte der Ärzte, von denen 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.

f) wenn Sie einen Baustein Pflegezusatzrente ergänzend versichert haben und aus diesem Baustein Leistungen verlangen, die unter Absatz d) und e) genannten Unterlagen.

Auch bei späterer Einreichung der Unterlagen nach den Absätzen a) bis f) leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit (siehe Ziffern 1.1 Absatz 2 a) und 1.6 Absatz 2).

(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.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, können wir vor der Zahlung des vereinbarten Kapitals auf unsere Kosten ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass die **→versicherte Person** noch lebt.

(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 zu beachten?

Die **→versicherte Person** ist dazu verpflichtet geeignete Hilfsmittel zu verwenden. Ein Hilfsmittel ist geeignet, wenn
- die **→versicherte Person** dieses bereits in der Vergangenheit verwendet hat, derzeit verwendet oder es zukünftig verwenden wird und
- das Hilfsmittel zu einer Besserung der Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten führt.

5.3 Welche Obliegenheiten sind bei einer Nachprüfung unserer Leistungspflicht zu beachten?

(1) Nachprüfung unserer Leistungspflicht
Wenn wir anerkannt oder festgestellt haben, dass wir aufgrund
- einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 oder
- Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.7, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben,

leistungspflichtig sind, sind wir berechtigt zu prüfen, ob bei der **→versicherten Person** die Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder Pflegebedürftigkeit weiterhin besteht.

(2) Auskunfts- und Mitwirkungsobliegenheiten
Um die aktuelle Situation nachprüfen zu können,
- müssen uns jederzeit sachdienliche Auskünfte erteilt werden;
- können wir einmal jährlich verlangen, dass sich 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
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.

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 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 2 Wochen 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. Änderung des vereinbarten Beitrags oder der Versicherungsleistung

Wann kann der vereinbarte Beitrag oder die Versicherungsleistung geändert werden?

(1) Voraussetzungen
Wir sind nach § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) in der Fassung vom 23.11.2007 unter folgenden strengen Voraussetzungen berechtigt, den vereinbarten Beitrag neu festzusetzen, wenn
- sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen des vereinbarten Beitrags geändert hat,
- der nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Beitrag angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten, und
- ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die beiden vorherigen Voraussetzungen überprüft und bestätigt hat.

Wenn die Voraussetzungen des 1. Textabschnitts erfüllt sind, können Sie verlangen, dass an Stelle einer Erhöhung des Beitrags die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird. Bei einer beitragsfreien Versicherung sind wir unter den Voraussetzungen des 1. Textabschnitts zur Herabsetzung der Versicherungsleistung berechtigt.

(2) Ausschluss der Beitragsänderung
Eine Neufestsetzung des Beitrags ist jedoch ausgeschlossen, wenn
- die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und
- ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(3) Anpassungstermin
Die Neufestsetzung des Beitrags und die Herabsetzung der Versicherungsleistung werden zu Beginn des 2. Monats wirksam, nachdem wir Ihnen die Neufestsetzung oder die Herabsetzung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben.

8. 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:
8.1 Welche Kosten sind in Ihren Beitrag einkalkuliert?
8.2 Welche Kosten können wir Ihnen gesondert in Rechnung stellen?

8.1 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 wir keine laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Pflegezusatzrenten 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. Sofern Sie die Überschussverwendungsart Verrechnung vereinbart haben (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 1), können sich diese Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) reduzieren.

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

Wenn sich Leistungen während der Vertragsdauer durch Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der versicherten Leistungen (siehe Ziffer 11.1) 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, solange wir keine laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Pflegezusatzrenten zahlen. 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. Sofern Sie die Überschussverwendungsart Verrechnung vereinbart haben (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 1), können sich diese Abschluss- und Vertriebskosten (→**Kosten**) reduzieren.

(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).

a) Verwaltungskosten, wenn keine laufenden Renten und Pflegezusatzrenten gezahlt werden

Solange wir keine laufenden Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und Pflegezusatzrenten zahlen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form

- eines jährlich anfallenden Betrags in Euro und
- eines Prozentsatzes der vereinbarten Beiträge.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der versicherten Leistungen (siehe Ziffer 11.1), gilt der vorherige Satz für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

b) Verwaltungskosten bei laufenden Renten und Pflegezusatzrenten

Wenn wir laufende Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes der gezahlten Leistungen bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (nach Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b), 2 b) und 3 b), jeweils Unterabsatz cc)).

Wenn wir Leistungen aus dem Baustein Pflegezusatzrente erbringen, belasten wir Ihren Vertrag mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes der gezahlten Leistungen des Bausteins Pflegezusatzrente.

Wenn sich die Leistungen während der Vertragsdauer durch die Zahlung von Beiträgen erhöhen, zum Beispiel bei Erhöhung der versicherten Leistungen (siehe Ziffer 11.1), gelten die beiden vorherigen Sätze für die zusätzlichen Beiträge sowie die sich daraus ergebenden erhöhten Leistungen entsprechend.

c) Zusätzliche Verwaltungskosten, die auf einen vereinbarten Ansammlungsbonus entfallen

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, belasten wir Ihren Vertrag während der Vertragsdauer zusätzlich mit Verwaltungskosten (→**Kosten**) in Form eines jährlichen Prozentsatzes des →**Deckungskapitals** des Ansammlungsbonus.

(3) Höhe der Kosten

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

8.2 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.

9. Beitragsfreistellung

Inhalt dieses Abschnitts:

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

9.1 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 Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach den Absätzen 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich mindestens 200 EUR beträgt, wird die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Absatz 3 herabgesetzt. Wenn diese Mindestversicherungsleistung nicht erreicht wird, erlischt die Versicherung.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir in diesem Fall, soweit vorhanden, den Ansammlungsbonus aus.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und 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 der Baustein Pflegezusatzrente.

(3) Auswirkungen

Wenn Sie eine Beitragsfreistellung verlangen, setzen wir die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbart haben oder wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, setzen wir diese garantierten Leistungen ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Dabei legen wir das →**Deckungskapital** zugrunde, das zum Beitragsfreistellungstermin nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnet wird, wobei wir von der Verrechnung negativer Deckungskapitalien absehen. Das →**Deckungskapital** hat bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung 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.

Nach der Beitragsfreistellung finanzieren wir, wenn bei der →**versicherten Person** keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt, mit den für Ihre Versicherung festgelegten Überschussanteilen eines →**Versicherungsjahres** eine Überschussrente (siehe Ziffer 2.2.3 Absätze 1 b), 2 b) und 3 b), jeweils Unterabsatz bb)).

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, wird Ihre Versicherung weiterhin an den Zinsüberschüssen des Ansammlungsbonus (siehe Ziffer 2.2.3 Absatz 3 b), Unterabsatz ee)) beteiligt.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, bleibt das Verhältnis zwischen der Höhe der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und dem Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Beitragsfreistellung bestehen.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, bleibt nach Beitragsfreistellung das Verhältnis zwischen der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und der Pflegezusatzrente ebenfalls bestehen.

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

Auch nach der Beitragsfreistellung gilt Ziffer 8. 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 8.1 Absätze 1 a) und 2 a).

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

Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" 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 bis zum Ende der Versicherungsdauer?" entnehmen.

(5) Fortbestehen von Leistungsansprüchen
Ansprüche aus dieser Versicherung, die auf bereits vor der Beitragsfreistellung der Versicherung eingetretener Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 oder eingetretener schwerer Krankheit nach Ziffer 1.5 oder Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.7 beruhen, bestehen nach der Beitragsfreistellung der Versicherung fort.

9.2 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 Versicherung 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 bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung
- eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 oder
- eine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 oder
- eine Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.7 vorliegt, oder
- Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht werden.

(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 Versicherung 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 Versicherung 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 Abschnitte 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 1.9 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

10. Kündigung

Inhalt dieses Abschnitts:
10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?
10.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?
10.3 Wann können Sie Ihren ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente separat kündigen?

10.1 Wann können Sie Ihre Versicherung kündigen?

Sie können Ihre Versicherung in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) wie folgt kündigen:
- Versicherungen mit laufender Beitragszahlung jederzeit zum Ende der laufenden Versicherungsperiode,
- beitragsfreie Versicherungen jederzeit zum Ende des laufenden Monats.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, können Sie dieses Kapital nicht separat kündigen.

10.2 Wie wirkt sich eine Kündigung Ihrer Versicherung aus?

Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, hängt die Wirkung davon ab, ob bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 oder eine Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.7 vorliegt:

(1) Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Kündigung
Wenn bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Kündigung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten vorliegt, bleiben Ansprüche aus Ihrer Versicherung aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten bestehen. Die laufende Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten (siehe Ziffer 1.1) wird bei Kündigung weitergezahlt.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben und die **→versicherte Person** zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig ist, bleiben Ansprüche aus dem Baustein Pflegezusatzrente aufgrund einer bereits vor Kündigung eingetretenen Pflegebedürftigkeit bestehen. Eine laufende Pflegezusatz-

rente (siehe Ziffer 1.6) wird bei Kündigung weitergezahlt. Wenn die →versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung nicht pflegebedürftig ist, erlischt der Baustein Pflegezusatzrente.

(2) Keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Kündigung
Die Versicherung erlischt, wenn bei der →versicherten Person zum Zeitpunkt der Kündigung keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten vorliegt.

(3) Folgen der Kündigung
Wenn Sie Ihre Versicherung kündigen, haben Sie weder einen Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf eine Rückzahlung der Beiträge.

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir im Falle einer Kündigung - soweit vorhanden - den nach den Absätzen 4 bis 6 errechneten Betrag.

(4) Auszahlung des Ansammlungsbonus
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir zum Kündigungstermin das →Deckungskapital des Ansammlungsbonus aus.

(5) Schlussüberschussanteil
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann zu dem Betrag nach Absatz 4 ein Schlussüberschussanteil hinzukommen (siehe Ziffer 2.2.4).

(6) Bewertungsreserven
Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, kann sich der Betrag nach Absatz 4 gegebenenfalls um die Ihrer Versicherung zugeteilten →Bewertungsreserven erhöhen (siehe Ziffer 2.3).

10.3 Wann können Sie Ihren ergänzend versicherten Baustein Pflegezusatzrente separat kündigen?

Wenn Sie für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente, wenn Sie diesen ergänzend versichert haben, zum Ende einer Versicherungsperiode in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) separat kündigen.

Eine Kündigung ist nur vor dem Ende des sechstletzten Jahres der Versicherungsdauer möglich. Bei einer Kündigung besteht weder ein Anspruch auf einen Rückkaufswert noch auf Rückzahlung der Beiträge.

11. 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. Die Ziffern 11.10 bis 11.12 gelten nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Inhalt dieses Abschnitts:

11.1 Wann können Sie Ihre versicherten Leistungen ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?
11.2 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?
11.3 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?
11.4 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?
11.5 Wann können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?
11.6 Wann können Sie Ihre Versicherung zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?
11.7 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?
11.8 Wann können Sie die Beitragszahlung herabsetzen?
11.9 Wann kann Ihre Versicherung befristet beitragsfrei gestellt werden?
11.10 Wie können Sie mit dem Ansammlungsbonus Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erhöhen?
11.11 Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?
11.12 Wann können Sie die Beiträge aus dem Ansammlungsbonus finanzieren?
11.13 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" oder "Leistungen wegen Krankschreibung" einschließen?
11.14 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" oder "Leistungen wegen Krankschreibung" ausschließen?

11.1 Wann können Sie Ihre versicherten Leistungen ohne erneute Risikoprüfung erhöhen?

(1) Anlassunabhängige Erhöhung Ihrer Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten
Sie können verlangen, dass Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn ohne erneute Risikoprüfung erhöht wird. Eine Erhöhung ist nicht möglich, wenn

- die →versicherte Person in dem dem Erhöhungstermin vorangegangenen Jahr länger als 14 Kalendertage durchgehend außerstande war, ihre Berufstätigkeit auszuüben, oder
- 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.

Die Erhöhung ist nur zulässig, wenn die jährliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach der Erhöhung 60.000 EUR nicht überschreitet.

(2) Anlassabhängige Erhöhung Ihrer Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten
Sie können Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten 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) Erreichen der Volljährigkeit der versicherten Person;

c) Aufnahme eines Studiums oder einer Ausbildung durch die versicherte Person;

d) Beendigung der Berufsausbildung oder Start in das Berufsleben der versicherten Person;

e) Abschluss einer staatlich anerkannten akademischen Weiterqualifizierung (Bachelor, Master, Diplom, Magister, Staatsexamen oder Promotion) durch die versicherte Person;

f) Aufnahme einer selbstständigen beruflichen Tätigkeit der versicherten Person, wenn die selbstständige Tätigkeit die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert;

g) Aufnahme eines Darlehens der versicherten Person zur Finanzierung einer Immobilie, die mindestens einen Wert von 100.000 EUR hat;

h) Heirat der versicherten Person;

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

j) Tod des Ehepartners oder eingetragenen Lebenspartners der versicherten Person;

k) 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.

l) Das jährliche Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** überschreitet erstmals die Pflichtversicherungsgrenze in der Gesetzlichen Krankenversicherung.

m) Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Weiterqualifizierung zum Fach-/Betriebswirt oder zum Techniker oder einer Meisterprüfung durch die **→versicherte Person**;

n) Die **→versicherte Person** erhält Prokura.

o) Das jährliche Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** überschreitet erstmals die Beitragsbemessungsgrenze in der Deutschen Rentenversicherung.

p) Ende der Pflichtmitgliedschaft der **→versicherten Person** in einem berufsständischen Versorgungswerk;

q) Wegfall eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung nach § 1 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) mit Invaliditätsversorgung, aufgrund dessen die versicherte Person verfallbare Versorgungsanwartschaften hatte, unter folgender Voraussetzung:
Die **→versicherte Person** befindet sich in einem neuen, ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

r) Beitragsfreistellung eines Vertrags auf betriebliche Altersversorgung nach § 1 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) mit Invaliditätsversorgung, aufgrund dessen der **→versicherten Person** verfallbare oder unverfallbare Versorgungsansprüche zustehen, unter folgenden Voraussetzungen:
- Die **→versicherte Person** führt den Vertrag auf betriebliche Altersversorgung nicht als Privatvertrag mit eigenen Beiträgen fort.
- Die **→versicherte Person** befindet sich in einem ungekündigten Arbeitsverhältnis oder hat eine selbstständige berufliche Tätigkeit aufgenommen, die die Mitgliedschaft in der für den Beruf zuständigen Kammer erfordert.

Wir können verlangen, dass Sie uns die Anlässe nachweisen.

(3) Weitere Voraussetzungen
Darüber hinaus gilt für eine Erhöhung:
- Die **→versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 1 **→rechnungsmäßig** höchstens 40 Jahre alt sein.
- Die **→versicherte Person** darf bei einer Erhöhung nach Absatz 2 **→rechnungsmäßig** höchstens 50 Jahre alt sein.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der **→versicherten Person** liegt zum Zeitpunkt der Erhöhung keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 und auch keine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 vor und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht.
- Seit Vertragsschluss lagen keine Beeinträchtigungen von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 und auch keine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 vor und es wurden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht.

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

(4) Grenzen
Für die Erhöhung der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach den Absätzen 1 und 2 ohne erneute Risikoprüfung gelten folgende Grenzen:
- Die jährliche Rente muss sich um mindestens 600 EUR erhöhen.
- Die jährliche Rente darf sich um höchstens 6.000 EUR erhöhen.
- Mehrere Erhöhungen dürfen für alle für die **→versicherte Person** bestehenden Renten insgesamt 18.000 EUR jährliche Rente nicht überschreiten.
- Alle für die **→versicherte Person** bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten müssen insgesamt in einem angemessenen Verhältnis zum Einkommen der versicherten Person stehen. Bei einem Bruttoarbeitseinkommen bis 60.000 EUR jährlich dürfen die Renten insgesamt nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens betragen; bei einem höheren Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** dürfen sämtliche bestehenden Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten insgesamt die Summe von 70 Prozent von 60.000 EUR zuzüglich 50 Prozent von dem 60.000 EUR übersteigenden Teil des Bruttoarbeitseinkommens nicht überschreiten. Als Bruttoarbeitseinkommen gilt dabei das durchschnittliche Bruttoarbeitseinkommen der letzten 3 Jahre.

(5) Auswirkungen
- Wir berechnen den neuen Beitrag für die erhöhte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten sowie für ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit, wenn Sie dieses vereinbart haben, und die Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.
- Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbart haben, erhöht sich dieses Kapital ebenfalls. Bei der Erhöhung bleibt das Verhältnis zwischen der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und dem vereinbarten Kapital bestehen.
- Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente im gleichen Verhältnis wie die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.
- Auch für die erhöhte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, für das erhöhte Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit und für die erhöhte Pflegezusatzrente 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 Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, des erhöhten Kapitals und der erhöhten Pflegezusatzrente die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2. Bisher angesetzte Beitragszuschläge können wir entsprechend erheben.
- Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer KörperSchutzPolice 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 Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, den erhöhten Teil des Kapitals, wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit vereinbart haben und den erhöhten Teil der Pfle-

gezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.2 Wann können Sie Ihren Beitrag überprüfen lassen?

Die Höhe des zu zahlenden Beitrags ist auch abhängig von dem bei Abschluss des Vertrags ausgeübten Beruf der **→versicherten Person**. Wenn die **→versicherte Person** ihren Beruf wechselt, können Sie prüfen lassen, ob sich durch den Berufswechsel für die verbleibende Versicherungsdauer der zu zahlende Beitrag reduziert.

(1) Voraussetzungen
- Sie teilen uns den neuen Beruf der **→versicherten Person** in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) mit.
- Die**→versicherte Person** übt den neuen Beruf seit mindestens 6 Monaten aus.

Wir können die Reduzierung des Beitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig machen. Wir nehmen jedoch in folgenden Fällen keine erneute Risikoprüfung vor:
- Wechsel des Berufs innerhalb der ersten 5 Jahre nach Versicherungsbeginn, wenn die **→versicherte Person** das 35. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, oder
- Wechsel des Berufs innerhalb der ersten 10 Jahre nach Versicherungsbeginn, wenn die versicherte Person bei Vertragsschluss das 20. Lebensjahr noch nicht vollendet hatte und vor dem Wechsel Schüler, Student oder Auszubildender war.

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

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

11.3 Wann können Sie die vereinbarte Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlängern?

Wenn die Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die **→versicherte Person** Mitglied ist, erhöht wird, können Sie verlangen, dass die Versicherungsdauer Ihrer Versicherung ohne erneute Risikoprüfung um die Zeitspanne verlängert wird, um die die Regelaltersgrenze erhöht wurde. Mit der Verlängerung der Versicherungsdauer verlängert sich auch die vereinbarte Leistungsdauer entsprechend.

(1) Voraussetzungen
- Sie verlangen die Verlängerung der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung innerhalb von 12 Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Änderung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze in der Deutschen Rentenversicherung oder einem berufsständischen Versorgungswerk des entsprechenden Kammerberufs, in dem die **→versicherte Person** Mitglied ist.
- Die **→versicherte Person** darf bei der Verlängerung der Versicherungsdauer höchstens 55 Jahre alt sein.
- Bei Ihrer Versicherung ist die Versicherungsdauer mindestens bis zum Endalter von 60 Jahren vereinbart.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Es wurden noch keine Leistungen aus der KörperSchutzPolice erbracht.

(2) Auswirkungen
Ihre Leistungen bleiben unverändert bestehen. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, verlängert sich auch die Versicherungsdauer der Pflegezusatzrente entsprechend. Ab dem Zeitpunkt der Verlängerung legen wir den Beitrag bezogen auf die neue Versicherungsdauer nach versicherungsmathematischen Grundsätzen neu fest. Dabei können wir auch andere als bei Vertragsschluss verwendete Rechnungsgrundlagen nach Ziffer 1.9 Absatz 2 zugrunde legen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.4 Wann können Sie Ihre Versicherung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln?

Sie können verlangen, dass Ihre Versicherung vollständig oder teilweise in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umgewandelt wird. Eine Risikoprüfung nehmen wir nicht vor. Sie müssen uns jedoch Angaben zur ausgeübten beruflichen Tätigkeit der **→versicherten Person** machen. Wenn Sie bei einer Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice in einen Nichtrauchertarif wechseln möchten, müssen Sie uns Angaben zum Rauchverhalten der **→versicherten Person** machen.

(1) Voraussetzungen
Eine Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice ist möglich nach dem Eintreten eines der folgenden Ereignisse:
- erstmaliger Abschluss eines unbefristeten oder für mindestens ein Jahr befristeten Arbeitsvertrags durch die **→versicherte Person** im Anschluss an den erfolgreichen Abschluss eines Studiums oder
- erstmaliger Abschluss eines unbefristeten oder für mindestens ein Jahr befristeten Arbeitsvertrags durch die versicherte Person im Anschluss an den jeweils erfolgreichen Abschluss einer Berufsausbildung oder
- Abschluss einer staatlich anerkannten beruflichen Weiterqualifizierung zum Fach-/Betriebswirt oder zum Techniker oder einer Meisterprüfung durch die versicherte Person.

Sie können die Umwandlung innerhalb von 12 Monaten nach dem Eintreten des Ereignisses verlangen. Zwischen Ihrem Umwandlungsverlangen und dem Umwandlungstermin dürfen nicht mehr als 2 Monate liegen.

(2) Weitere Voraussetzungen
- Die bestehende KörperSchutzPolice wurde ohne Ausschlüsse oder Zuschläge abgeschlossen. Bei Vertragsschluss wurde der beantragte Einschluss des Leistungsauslösers "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" nach Ziffer 1.2 Absatz 6 oder des Leistungsauslösers "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" nach Ziffer 1.2 Absatz 7 oder von "Leistungen wegen Krankschreibung" nach Ziffer 1.3 nicht abgelehnt.
- Die Umwandlung können Sie frühestens ab dem 5. **→Versicherungsjahr** verlangen.
- Die **→versicherte Person** darf bei Abschluss der neuen Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice **→rechnungsmäßig** höchstens 30 Jahre alt sein.
- Die **→versicherte Person** übt einen Beruf aus, der nach unseren Grundsätzen gegen Berufsunfähigkeit versicherbar ist.
- Die Versicherungs- und Leistungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice darf höchstens so lang sein wie die restliche Versicherungs- und Leistungsdauer der KörperSchutzPolice. Für die Versicherungs- und Leistungsdauer der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice gilt die zeitliche Höchstgrenze für den zum Umwandlungszeitpunkt von der **→versicherten Person** ausgeübten Beruf, die wir bei neu abzuschließenden Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolicen verwenden.
- Die Umwandlung können Sie nur während der Versicherungsdauer der KörperSchutzPolice verlangen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der **→versicherten Person** liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 und auch keine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 vor und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht.
- Die **→versicherte Person** ist zum Zeitpunkt der Umwandlung nicht berufsunfähig und es besteht auch kein Anspruch auf Leis-

tungen wegen Krankschreibung oder Leistungen wegen Krebs nach den dann gültigen Versicherungsbedingungen der neuen Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice.

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

(3) Grenzen

- Wenn Sie Ihre KörperSchutzPolice teilweise in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln möchten, müssen die Berufsunfähigkeitsrente der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice und die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der KörperSchutzPolice jeweils mindestens 600 EUR jährlich betragen.
- Die vereinbarte Berufsunfähigkeitsrente der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice muss mit der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der KörperSchutzPolice oder des umzuwandelnden Teils der KörperSchutzPolice übereinstimmen.
- Die vereinbarte jährliche Berufsunfähigkeitsrente der neuen Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice darf eine Höhe von 18.000 EUR nicht überschreiten.

(4) Auswirkungen

- Wenn Sie die KörperSchutzPolice vollständig in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln, erlischt diese. Auch ein vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit erlischt bei vollständiger Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice.
- Wenn Sie die KörperSchutzPolice teilweise in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice umwandeln, verringern sich die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und ein vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit sowie der Beitrag der KörperSchutzPolice nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.
- Die Beiträge der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice können sich gegenüber der KörperSchutzPolice ändern und sind unter anderem abhängig vom Eintrittsalter zum Zeitpunkt der Umstellung und der Höhe der Berufsunfähigkeitsrente.
- Die Beiträge für die Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice werden nach versicherungsmathematischen Grundsätzen festgelegt. Es gelten hierfür die Regelungen der Selbstständigen BerufsunfähigkeitsPolice im Abschnitt "Leistungsvoraussetzungen und Leistungsumfang", Unterabschnitt "Welche Rechnungsgrundlagen gelten für Ihre Versicherung?", Absatz "Rechnungsgrundlagen bei Leistungserhöhungen und in anderen Fällen".
- Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer bestehenden KörperSchutzPolice unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice.
- Nach der Umstellung der Versicherung gelten die Versicherungsbedingungen für die Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice.
- Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, wird dieser bei Umwandlung in eine Selbstständige BerufsunfähigkeitsPolice weitergeführt.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.5 Wann können Sie Ihren Baustein Pflegezusatzrente während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, können Sie 5, 15 oder 25 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlangen, dass wir diesen ohne erneute Risikoprüfung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln.

(1) Voraussetzungen

- Die **→versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen selbstständigen Pflegeversicherung pflegebedürftig sein.
- Die **→versicherte Person** hat keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung und hat auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Ihre Mitteilung muss uns spätestens einen Monat vor den in Satz 1 genannten Zeitpunkten zugehen.

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

(2) Grenzen

- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten entsprechen.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei geringster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 1.000 EUR nicht überschreiten.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei höchster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Auswirkungen

- Ihre Leistung bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und ein gegebenenfalls vereinbartes Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit bleiben unverändert bestehen. Ihr ergänzend versicherter Baustein Pflegezusatzrente erlischt. Der Beitrag für Ihren Baustein Pflegezusatzrente entfällt.
- Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrem ergänzend abgeschlossenen Baustein Pflegezusatzrente unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue selbstständige Pflegeversicherung.
- Für Ihre selbstständige Pflegeversicherung gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Umwandlung für den Neuabschluss einer selbstständigen Pflegeversicherung vorgesehen sind.
- Wir berechnen den Beitrag und die Leistungen für Ihre selbstständige Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Der Beitrag kann sich erhöhen.

11.6 Wann können Sie Ihre Versicherung zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln?

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, können Sie zum Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung verlangen, dass wir Ihre Versicherung ohne erneute Risikoprüfung in eine selbstständige Pflegeversicherung umwandeln.

(1) Voraussetzungen

- Die **→versicherte Person** darf zum Zeitpunkt der Umwandlung weder im Sinne dieser Versicherungsbedingungen noch im Sinne der Versicherungsbedingungen der neuen selbstständigen Pflegeversicherung pflegebedürftig sein.
- Die **→versicherte Person** hat keine Ansprüche auf Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung oder aus einer anderen privaten Pflegeversicherung und hat auch keinen Antrag auf Leistungen gestellt.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Ihre Mitteilung muss uns spätestens einen Monat vor dem Ablauf der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung zugehen.

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

(2) Grenzen

- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente darf maximal der zuletzt vereinbarten monatlichen Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten entsprechen.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei geringster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 1.000 EUR nicht überschreiten.
- Die dann vereinbarte garantierte monatliche Pflegerente bei höchster Schwere der Pflegebedürftigkeit nach den zum Umwandlungszeitpunkt für die selbstständige Pflegeversicherung geltenden Versicherungsbedingungen (siehe Absatz 3) darf eine Höhe von 2.000 EUR nicht überschreiten.

(3) Auswirkungen

- Wenn Sie oder die **→versicherte Person** uns bei Antragstellung zu Ihrer bestehenden KörperSchutzPolice unzutreffende Angaben über die Risikoverhältnisse der versicherten Person gemacht haben (Anzeigepflichtverletzung), gelten die Regelungen nach Teil B Ziffer 1 auch für die neue selbstständige Pflegeversicherung.
- Für Ihre selbstständige Pflegeversicherung gelten die Versicherungsbedingungen und Rechnungsgrundlagen, die zum Zeitpunkt der Umwandlung für den Neuabschluss einer selbstständigen Pflegeversicherung vorgesehen sind.
- Wir berechnen den Beitrag und die Leistungen für Ihre selbstständige Pflegeversicherung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Der Beitrag kann sich erhöhen.

11.7 Wann können Sie die Beitragszahlung aussetzen?

(1) Stundung der Beitragszahlung

Wenn Ihr Vertrag bereits ein Jahr besteht, können Sie eine zinslose Stundung der Beiträge über einen zusammenhängenden Zeitraum von längstens 2 Jahren verlangen. Die Stundung der Beiträge ist anlassunabhängig möglich, wenn die Versicherungsdauer noch mindestens 5 Jahre beträgt. In den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer ist eine Stundung der Beiträge nur möglich, wenn Sie arbeitslos oder in Elternzeit sind oder sich in Kurzarbeit befinden.

Der Versicherungsschutz bleibt während der Stundung in vollem Umfang bestehen. Nach Ablauf des Zeitraums der Stundung wird Ihre Versicherung beitragspflichtig fortgeführt.

Eine erneute Stundung der Beitragszahlung ist nur möglich, wenn die gestundeten Beiträge aus einer früheren Stundung vollständig beglichen wurden.

(2) Nachweise

Wenn Sie in den letzten 5 Jahren der Versicherungsdauer eine Stundung der Beiträge wegen Arbeitslosigkeit, Kurzarbeit 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 Kurzarbeit oder Elternzeit befinden, müssen Sie uns hierüber unverzüglich informieren.

(3) Nachzahlung der gestundeten Beiträge

Wenn der Stundungszeitraum abgelaufen ist, müssen Sie die in diesem Zeitraum gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Die Nachzahlung kann auch auf maximal 48 Monate verteilt werden, wenn die verbleibende Versicherungsdauer noch mindestens 48 Monate beträgt. Beträgt die verbleibende Versicherungsdauer weniger als 48 Monate, kann die Nachzahlung der gestundeten Beiträge maximal auf die verbleibende Versicherungsdauer verteilt werden. Wenn Sie Ihre Versicherung während des Stundungszeitraums kündigen, müssen Sie die bis zum Eingang der Kündigung gestundeten Beiträge in einem Betrag nachzahlen. Zahlen Sie die ausstehenden Beiträge nicht nach, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung bei der vereinbarten Überschussverwendungsart Verrechnung oder Überschussrente durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, finanzieren wir die ausstehenden Beiträge aus dem **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus. Reicht das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus zur Deckung der ausstehenden Beiträge nicht aus, gleichen wir die ausstehende Nachzahlung durch Herabsetzung der vereinbarten Leistung nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus. Wird nach Herabsetzung die Mindestversicherungsleistung nicht erreicht, erlischt die Versicherung ohne Zahlung eines Rückkaufswerts (siehe Ziffer 10.2 Absatz 3). Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir, soweit vorhanden, den nach Ziffer 10.2 Absätze 4 bis 6 errechneten Betrag.

Nach Ablauf des Stundungszeitraums werden wir Sie über den nachzuzahlenden Betrag informieren.

11.8 Wann können Sie die Beitragszahlung herabsetzen?

Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung mit herabgesetzten Beiträgen weitergeführt wird (Beitragsherabsetzung). Im Fall der Beitragsherabsetzung setzen wir die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten herab (siehe Absatz 3). Die Beitragsherabsetzung ist zum Ende einer jeden Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) möglich.

(1) Voraussetzungen

- Die herabgesetzte garantierte jährliche Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und, wenn Sie einen Baustein Pflegezusatzrente vereinbart haben, die herabgesetzte garantierte jährliche Pflegezusatzrente müssen nach der Beitragsherabsetzung jeweils mindestens 200 EUR betragen.
- Ihre Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der **→versicherten Person** liegt zum Zeitpunkt der Beitragsherabsetzung keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 und auch keine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 vor und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht.

(2) Befristung

Sie können eine unbefristete Beitragsherabsetzung verlangen oder die Beitragsherabsetzung zeitlich bis zu 3 Jahre befristen. Bei einer Befristung informieren wir Sie rechtzeitig vor Ablauf des gewünschten Zeitraums über die Wiederaufnahme der vollen Beitragszahlung.

(3) Auswirkungen

Wenn Sie eine Beitragsherabsetzung verlangen, setzen wir die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab. Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit oder ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, setzen wir dieses Kapital oder die mitversicherte Pflegezusatzrente ebenfalls nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab.

(4) Abzug

Von dem Betrag, der zur Bildung der Versicherungsleistungen nach der Beitragsherabsetzung zur Verfügung steht, 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. Diese Erläuterungen finden Sie im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?".

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.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

(5) Möglichkeiten bei Wiederanhebung der Beiträge nach einer Beitragsherabsetzung

Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsherabsetzung Ihrer Versicherung können Sie verlangen, dass die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsherabsetzung angehoben werden, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Voraussetzung dafür ist, dass Sie die Beitragszahlung wieder anheben.

Die Wiederanhebung der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederanhebung der Beitragszahlung

- eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 oder
- eine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 oder
- eine Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.7 vorliegt, oder
- Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht werden.

Auch nach Ablauf von 6 Monaten, jedoch nur innerhalb von 3 Jahren nach der Beitragsherabsetzung Ihrer Versicherung, können Sie verlangen, dass durch die Wiederanhebung der Beitragszahlung die versicherten Leistungen bis zur Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsherabsetzung angehoben werden. In diesem Fall nehmen wir eine Risikoprüfung vor. 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. Nach Ablauf von 3 Jahren nach der Beitragsherabsetzung ist eine Wiederanhebung der Beitragszahlung nicht mehr möglich.

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

- die Differenz zwischen den herabgesetzten Beiträgen und den ursprünglich vereinbarten Beiträgen, die auf die Dauer der Beitragsherabsetzung entfällt, begleichen oder
- höhere laufende Beiträge zahlen.

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

Wir berechnen die neuen Beiträge oder die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

11.9 Wann kann Ihre Versicherung befristet beitragsfrei gestellt werden?

Sie können in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) verlangen, dass Ihre Versicherung nach den Regelungen der Ziffer 9.1 zum Ende der Versicherungsperiode (siehe Teil B Ziffer 2.1) bis zu 6 Monate befristet beitragsfrei gestellt wird.

(1) Voraussetzungen

Sie können Ihre Versicherung nur befristet beitragsfrei stellen, wenn die beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und, wenn Sie einen Baustein Pflegezusatzrente vereinbart haben, die beitragsfreie Pflegezusatzrente zum Zeitpunkt der beabsichtigten befristeten Beitragsfreistellung jährlich jeweils mindestens 200 EUR betragen.

(2) Auswirkungen

Für die Dauer der befristeten Beitragsfreistellung setzen wir die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und das Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit, wenn Sie dieses vereinbart haben, sowie die garantierte Pflegezusatzrente, wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, nach Ziffer 9.1 Absatz 3 nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab.

(3) Abzug

Von dem Betrag, der zur Bildung der beitragsfreien Versicherungsleistungen zur Verfügung steht, nehmen wir einen Abzug vor.

Die Höhe und die Gründe für diesen Abzug sind in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" 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.

(4) Wiederherstellung des Versicherungsschutzes nach einer befristeten Beitragsfreistellung

Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung wird Ihre Versicherung ohne Risikoprüfung automatisch beitragspflichtig fortgesetzt und es werden die versicherten Leistungen auf die Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben, wenn bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung

- keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 und
- keine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 und
- keine Pflegebedürftigkeit nach Ziffer 1.7 vorliegt und
- auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht werden.

Nach der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ist ein höherer Beitrag als der vereinbarte Beitrag vor der befristeten Beitragsfreistellung zu zahlen. Stattdessen können Sie auch verlangen, nach den Regelungen der Ziffer 9.2 Absatz 3 die Beiträge zu begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen. In diesen beiden Fällen schreiben wir den Abzug nach Absatz 3 vollständig Ihrer Versicherung wieder gut.

Alternativ können Sie verlangen, dass Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen. In diesem Fall schreiben wir den Abzug nach Absatz 3 anteilig Ihrer Versicherung wieder gut.

Wir berechnen die neuen Beiträge oder die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

11.10 Wie können Sie mit dem Ansammlungsbonus Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten erhöhen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Sie können Ihre vereinbarte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Anerkennung unserer Leistungspflicht durch das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus erhöhen. Eine anteilige Verwendung des Ansammlungsbonus ist nicht möglich. Die erhöhte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten berechnen wir nach versicherungsmathematischen Grundsätzen.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, können Sie dieses durch das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus nicht erhöhen.

11.11 Wann können Sie aus Ihrer Versicherung ein Kapital entnehmen?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Sie können aus dem **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus ein Kapital entnehmen. Hierfür erheben wir eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 15 EUR.

(1) Voraussetzungen
- Sie müssen mindestens 500 EUR entnehmen.
- In der Versicherung muss nach Berücksichtigung der Bearbeitungsgebühr, eines gegebenenfalls bestehenden Policendarlehens und der Entnahme ein Mindestbetrag verbleiben. Dieser Mindestbetrag wird so bestimmt, dass das verbleibende **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus mindestens 500 EUR betragen muss.

(2) Auswirkungen
- Die Zahlungsperiode und die Höhe der zu zahlenden Beiträge ändern sich durch die Entnahme nicht.
- Durch die Entnahme verringert sich die Leistung aus der Überschussbeteiligung.

11.12 Wann können Sie die Beiträge aus dem Ansammlungsbonus finanzieren?

Dieser Abschnitt gilt nur, wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben.

Sie können jederzeit verlangen, dass die Beiträge aus dem Ansammlungsbonus finanziert werden, so lange das **→Deckungskapital** des Ansammlungsbonus nicht unter 500 EUR sinkt.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

11.13 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" oder "Leistungen wegen Krankschreibung" einschließen?

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" oder "Leistungen wegen Krankschreibung" nicht bereits bei Vertragsschluss zusätzlich vereinbart haben, können Sie diese nachträglich während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung einschließen. Wir nehmen vor dem Einschluss eine Risikoprüfung vor.

(1) Voraussetzungen
- Die **→versicherte Person** darf **→rechnungsmäßig** höchstens 54 Jahre alt sein.
- Das Ergebnis der durchzuführenden Risikoprüfung lässt den Einschluss eines oder beider der genannten Leistungsauslöser oder von "Leistungen wegen Krankschreibung" zu.
- Die Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der **→versicherten Person** liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 und auch keine schwere Krankheit nach Ziffer 1.5 vor und es werden auch keine Leistungen wegen Krankschreibung nach Ziffer 1.3 erbracht.

(2) Auswirkungen
Durch den Einschluss eines oder beider der genannten Leistungsauslöser oder von "Leistungen wegen Krankschreibung" erhöht sich der Beitrag. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen.

11.14 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" oder "Leistungen wegen Krankschreibung" ausschließen?

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" oder "Leistungen wegen Krankschreibung" zusätzlich vereinbart haben und für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie einen oder beide der genannten Leistungsauslöser oder "Leistungen wegen Krankschreibung" nachträglich ausschließen.

Der von Ihnen gewünschte Ausschluss eines oder beider der genannten Leistungsauslöser oder von "Leistungen wegen Krankschreibung" ist uns in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) mitzuteilen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen.

12. Abänderungen zur KörperSchutzPolice E230

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 KSP2: Die Versicherung ist innerhalb eines Gruppenvertrags abgeschlossen.

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

Ziffer 10 wird ergänzt durch:

"10.4 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 Absatz 10.2 entsprechend."

Abänderung KSP3: Die Versicherung ist als KörperSchutzPolice mit dynamischem Zuwachs abgeschlossen und es ist eine Beitragserhöhung um einen festen Prozentsatz des Vorjahresbeitrags vereinbart.

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?
Der Beitrag für die Versicherung erhöht sich jährlich um den mit Ihnen vereinbarten Prozentsatz des Vorjahresbeitrags. Die Höhe des Prozentsatzes legen Sie bei Abschluss des Vertrages fest.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. 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 Per-**

son, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, verändert sich das Verhältnis zwischen der Höhe der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und dem Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit durch eine Beitragserhöhung Ihrer Versicherung nicht.

Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente im selben Verhältnis wie die Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten. Die monatliche garantierte Pflegezusatzrente darf 2.000 EUR nicht überschreiten.

(2) Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines **→Versicherungsjahres**, erstmals zu Beginn des 2. Versicherungsjahres.

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 55 Jahren erreicht hat. Die letzte Erhöhung ist in jedem Fall spätestens 3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

(3) Bis zu welcher Grenze können die Versicherungsleistungen erhöht werden?
Die Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten muss in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** stehen. Wenn die Summe aller bei uns versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der **→versicherten Person** 40.000 EUR im Jahr übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Damit uns dies bestätigt werden kann, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Es sind die versicherten Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und die versicherten Berufsunfähigkeitsrenten aus Verträgen der **→versicherten Person** bei uns und bei anderen privaten Versicherern zu berücksichtigen. Renten bzw. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken zählen nicht dazu. Wenn die **→versicherte Person** selbstständig ist, ist anstelle des Bruttoarbeitseinkommens der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

(4) 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 und der Abzug nicht mehr der in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" enthaltenen Tabelle entnommen werden.

(5) 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 Stundung der Beiträge verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Es erfolgen keine Erhöhungen, wenn wir eine Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zahlen und wir Sie von der Beitragszahlungspflicht befreit haben, oder wenn wir Leistungen wegen Krankschreibung erbringen, oder wenn wir ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit gezahlt haben. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, aber noch vor Anerkennung der Leistungspflicht durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

Abänderung KSP4: Vereinbarte garantiert steigende Rente

Wenn Sie für die Dauer der Zahlung der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten eine garantiert steigende Rente vereinbart haben, erhöht sich die Garantierente jährlich zu Beginn eines **→Versicherungsjahres**. Die Erhöhung ist in Prozent der im Vorjahr gezahlten Garantierente festgelegt.
Wenn Sie ein Kapital bei Eintritt einer schweren Krankheit nach Ziffer 1.4 vereinbart haben, hat die garantiert steigende Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nicht zur Folge, dass das vereinbarte Kapital ebenfalls steigt. Das heißt, das Verhältnis zwischen der Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und dem Kapital ändert sich während des Rentenbezugs jährlich. Wenn Sie ergänzend einen Baustein Pflegezusatzrente versichert haben, erhöht sich die Pflegezusatzrente ebenfalls nicht.

Abänderung KSP5: Zu der im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossenen Versicherung sind abweichende Rechnungsgrundlagen vereinbart.

Ziffer 1.9 Absatz 1 wird ersetzt durch:

"(1) Rechnungsgrundlagen bei Vertragsschluss
Bei Abschluss Ihres Vertrags verwenden wir für die Berechnung der garantierten Leistungen folgende Rechnungsgrundlagen:
- die Sterbetafel "AZ 2021 GF TA" (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigene vom Geschlecht abhängige Tafel "AZ 2021 GF I" für die Eintrittswahrscheinlichkeiten einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 (**→Tafeln**),
- unsere unternehmenseigenen vom Geschlecht abhängigen Tafeln "AZ 2012 GF TI" und "AZ 2012 GF RI" für die Sterbewahrscheinlichkeiten der Beeinträchtigten und die Reaktivierungswahrscheinlichkeiten (**→Tafeln**),
- den **→Rechnungszins** 1,0 Prozent und
- die **→Kosten** der KörperSchutzPolice (siehe dazu Ziffer 8.1)."

Abänderung KSP6: Die Versicherung ist im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung abgeschlossen.

Ziffer 3.1 Absätze 3 bis 5 werden ersetzt durch:

"(3) Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen
Sie können Ihre Ansprüche aus dem Vertrag auch abtreten oder verpfänden, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich

möglich sind, gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter.

(4) 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 3) 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."

Ziffer 9.1 Absatz 2 wird ersetzt durch:

"(2) Mindestversicherungsleistung
Wenn die beitragsfreie Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach den Absätzen 3 und 4 zum Zeitpunkt der beabsichtigten Beitragsfreistellung jährlich die maßgebliche Wertgrenze für Renten nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) übersteigt, wird die garantierte Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Absatz 3 herabgesetzt.

Wenn diese Leistung nicht erreicht wird, führen wir Ihre Versicherung unter der Voraussetzung weiter, dass Sie von Ihrem Recht auf Abfindung nach § 3 Absatz 2 Satz 1 Betriebsrentengesetz (BetrAVG) keinen Gebrauch machen.

Liegt diese Voraussetzung nicht vor, erlischt die Versicherung ohne Zahlung eines Rückkaufswerts (siehe Ziffer 10.2 Absatz 3).

Wenn Sie für die Verwendung der Überschussanteile einen Ansammlungsbonus vereinbart haben, zahlen wir in diesem Fall, soweit vorhanden, den Ansammlungsbonus aus."

Ziffer 9.2 Absätze 1 bis 3 werden ersetzt durch:

"(1) 6-Monats-Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ohne Risikoprüfung
Innerhalb von 6 Monaten nach der Beitragsfreistellung der KörperSchutzPolice 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 4 wieder aufnehmen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt.

(2) Frist für die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes bei Elternzeit ohne Risikoprüfung
Wenn die Versicherung wegen einer Elternzeit beitragsfrei gestellt worden ist, kann die Frist zwischen Beitragsfreistellung und Wiederaufnahme der Beitragszahlung auch mehr als 6 Monate betragen, ohne dass wir eine Risikoprüfung durchführen. Die Beitragszahlung muss jedoch spätestens innerhalb von 3 Monaten nach Ende der Elternzeit wiederaufgenommen werden. Wird die Elternzeit in mehrere Abschnitte aufgeteilt, muss die Wiederherstellung des Versicherungsschutzes jeweils innerhalb von 3 Monaten nach Beendigung eines Abschnittes erfolgen.

Die Wiederaufnahme der Beitragszahlung und Wiederherstellung des Versicherungsschutzes sind jedoch ausgeschlossen, wenn bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung eine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vorliegt,

(3) 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 Versicherung können Sie verlangen, dass durch die Wiederaufnahme der Beitragszahlung nach Absatz 4 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.

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.

(4) 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 1.9 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen."

Ziffer 11.2 entfällt.

Ziffer 11.9 Absatz 4 wird ersetzt durch:

"(4) Wiederherstellung des Versicherungsschutzes nach einer befristeten Beitragsfreistellung
Nach Ablauf der befristeten Beitragsfreistellung wird Ihre Versicherung ohne Risikoprüfung automatisch beitragspflichtig fortgesetzt und es werden die versicherten Leistungen auf die Höhe des Versicherungsschutzes vor der Beitragsfreistellung angehoben, wenn bei der **→versicherten Person** zum Zeitpunkt der Wiederaufnahme der Beitragszahlung keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 erbracht werden.

Nach der Wiederherstellung des Versicherungsschutzes ist ein höherer Beitrag als der vereinbarte Beitrag vor der befristeten Beitragsfreistellung zu zahlen. Stattdessen können Sie auch verlangen, nach den Regelungen der Ziffer 9.2 Absatz 4 die Beiträge zu begleichen, die auf die beitragsfreie Zeit entfallen. In diesen beiden Fällen schreiben wir den Abzug nach Absatz 3 vollständig Ihrer Versicherung wieder gut.

Alternativ können Sie verlangen, dass Sie ohne eine vollständige Wiederherstellung des Versicherungsschutzes, der vor der Beitragsfreistellung bestanden hat, nur die Beitragszahlung wieder aufnehmen. In diesem Fall schreiben wir den Abzug nach Absatz 3 anteilig Ihrer Versicherung wieder gut.

Wir berechnen die neuen Beiträge oder die neuen Garantieleistungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen. Dabei gelten die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 1. Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen."

Ziffer 11.13 wird ersetzt durch:

"11.13 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" einschließen?

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" nicht bereits bei Vertragsschluss zusätzlich vereinbart haben, können Sie diese nachträglich während der Versicherungsdauer Ihrer Versicherung einschließen. Wir nehmen vor dem Einschluss eine Risikoprüfung vor.

(1) Voraussetzungen

- Die **→versicherte Person** darf **→rechnungsmäßig** höchstens 54 Jahre alt sein.
- Das Ergebnis der durchzuführenden Risikoprüfung lässt den Einschluss einer oder beider der genannten Leistungsauslöser zu.
- Die Versicherung ist nicht nach Ziffer 9.1 beitragsfrei gestellt.
- Bei der **→versicherten Person** liegt keine Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten nach Ziffer 1.2 vor.

(2) Auswirkungen

Durch den Einschluss einer oder beider der genannten Leistungsauslöser erhöht sich der Beitrag. Auf Wunsch informieren wir Sie über die konkreten Auswirkungen."

Ziffer 11.14 wird ersetzt durch:

"11.14 Wann können Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" ausschließen?

Wenn Sie den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung aufgrund psychischer Erkrankungen" oder den Leistungsauslöser "Beeinträchtigung bei speziellen Berufen" zusätzlich vereinbart haben und für Ihre Versicherung laufende Beiträge zahlen, können Sie einen oder beide der genannten Leistungsauslöser nachträglich ausschließen.

Der von Ihnen gewünschte Ausschluss eines oder beider der genannten Leistungsauslöser ist uns in Textform (zum Beispiel Brief, E-Mail) mitzuteilen.

Auf Wunsch informieren wir Sie über die Auswirkungen."

Abänderung KSP7: Die Versicherung ist im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung als KörperSchutzPolice mit dynamischem Zuwachs abgeschlossen und es ist eine Beitragserhöhung im selben Verhältnis wie die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Deutschen Rentenversicherung mit Mindestdynamik vereinbart.

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?

Der Beitrag für die Versicherung erhöht sich jährlich im selben Verhältnis wie die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Deutschen Rentenversicherung, mindestens jedoch um 5 Prozent des Vorjahresbeitrags.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. 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**, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

(2) Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?

Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines **→Versicherungsjahres**, erstmals zu Beginn des 2. Versicherungsjahres.

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 55 Jahren erreicht hat. Die letzte Erhöhung ist in jedem Fall spätestens 3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

(3) Bis zu welcher Grenze können die Versicherungsleistungen erhöht werden?

Die Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten muss in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** stehen. Wenn die Summe aller bei uns versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der **→versicherten Person** 40.000 EUR im Jahr übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Damit uns dies bestätigt werden kann, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Es sind die versicherten Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und die versicherten Berufsunfähigkeitsrenten aus Verträgen der **→versicherten Person** bei uns und bei anderen privaten Versicherern zu berücksichtigen. Renten bzw. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken zählen nicht dazu. Wenn die **→versicherte Person** selbstständig ist, ist anstelle des Bruttoarbeitseinkommens der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

(4) 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 und der Abzug nicht mehr der in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" enthaltenen Tabelle entnommen werden.

(5) 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 Stundung der Beiträge verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Es erfolgen keine Erhöhungen, wenn wir eine Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zahlen und wir Sie von der Beitragszahlungspflicht befreit haben. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, aber noch vor Anerkennung der Leistungspflicht durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

Abänderung KSP8: Die Versicherung ist im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung als KörperSchutzPolice mit dynamischem Zuwachs abgeschlossen und es ist eine Beitragserhöhung im selben Verhältnis wie die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Deutschen Rentenversicherung vereinbart.

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Erhöhung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?
Der Beitrag für die Versicherung erhöht sich jährlich im selben Verhältnis wie die Erhöhung der Beitragsbemessungsgrenze in der allgemeinen Deutschen Rentenversicherung.

Die Beitragserhöhung bewirkt eine Erhöhung der Versicherungsleistungen ohne erneute Risikoprüfung. 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**, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

(2) Wann und wie lange erhöhen sich Beiträge und Versicherungsleistungen?
Die Erhöhungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines **→Versicherungsjahres**, erstmals zu Beginn des 2. Versicherungsjahres.

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 55 Jahren erreicht hat. Die letzte Erhöhung ist in jedem Fall spätestens 3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

(3) Bis zu welcher Grenze können die Versicherungsleistungen erhöht werden?
Die Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten muss in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** stehen. Wenn die Summe aller bei uns versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der **→versicherten Person** 40.000 EUR im Jahr übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Damit uns dies bestätigt werden kann, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Erhöhungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Es sind die versicherten Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und die versicherten Berufsunfähigkeitsrenten aus Verträgen der **→versicherten Person** bei uns und bei anderen privaten Versicherern zu berücksichtigen. Renten bzw. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken zählen nicht dazu. Wenn die **→versicherte Person** selbstständig ist, ist anstelle des Bruttoarbeitseinkommens der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

(4) 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 und der Abzug nicht mehr der in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" enthaltenen Tabelle entnommen werden.

(5) 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 Stundung der Beiträge verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Erhöhungen.

Es erfolgen keine Erhöhungen, wenn wir eine Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zahlen und wir Sie von der Beitragszahlungspflicht befreit haben. Erhöhungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, aber noch vor Anerkennung der Leistungspflicht durchgeführt worden sind, werden rückgängig gemacht.

Abänderung KSP9: Die Versicherung ist im Rahmen der betrieblichen Altersversorgung als KörperSchutzPolice mit dynamischem Zuwachs abgeschlossen und es ist eine Beitragsanpassung entsprechend der Gehaltsentwicklung der versicherten Person vereinbart.

(1) Nach welchem Maßstab erfolgt die Anpassung der Beiträge und der Versicherungsleistungen?
Der Beitrag für Ihre Versicherung ändert sich jeweils im selben Verhältnis wie die Gehaltsentwicklung der **→versicherten Person**, er kann sich erhöhen oder vermindern. Gehalt ist das feste Jahresgehalt ohne Gratifikationen, Akkord-Vergütungen oder andere laufende Zuschläge gegenüber dem Vorjahr.

Die Beitragsanpassung bewirkt eine Anpassung der Versicherungsleistungen. Wir behalten uns vor, eine Erhöhung des Beitrags um mehr als 10 Prozent des Vorjahresbeitrags von einer erneuten Risikoprüfung abhängig zu machen. Die Versicherungsleistungen werden nicht im selben Verhältnis angepasst wie der Beitrag. Die Anpassung errechnet sich nach den am Anpassungstermin erreichten Vertragsdaten, insbesondere dem Alter der **→versicherten Person**, der restlichen Versicherungsdauer und einem eventuell vereinbarten Beitragszuschlag. Es gelten hierfür die Regelungen nach Ziffer 1.9 Absatz 2.

(2) Wann und wie lange werden Beiträge und Versicherungsleistungen angepasst?
Die Anpassungen des Beitrags und der Versicherungsleistungen erfolgen jeweils zu Beginn eines **→Versicherungsjahres**, erstmals zu Beginn des 2. Versicherungsjahres.

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

Die Anpassungen erfolgen bis zum Ablauf der Beitragszahlungsdauer, jedoch nicht länger als bis die **→versicherte Person** das **→rechnungsmäßige Alter** von 55 Jahren erreicht hat. Die letzte Anpassung ist in jedem Fall spätestens 3 Jahre vor Ablauf der Versicherungsdauer möglich.

(3) Bis zu welcher Grenze können die Versicherungsleistungen erhöht werden?
Die Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten muss in einem angemessenen Verhältnis zum Bruttoarbeitseinkommen der **→versicherten Person** stehen. Wenn die Summe aller bei uns versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der **→versicherten Person** 40.000 EUR im Jahr übersteigt, ist Voraussetzung für eine wirksame Erhöhung, dass die Summe aller zu diesem Zeitpunkt versicherten jährlichen Berufsunfähigkeitsrenten und Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten der versicherten Person nicht mehr als 70 Prozent ihres Bruttoarbeitseinkommens im letzten Kalenderjahr vor der Erhöhung beträgt. Damit uns dies bestätigt werden kann, schreiben wir Sie rechtzeitig vor dem Anpassungstermin an. Solange uns diese Bestätigung nicht vorliegt, kann die Erhöhung nicht durchgeführt werden.

Es sind die versicherten Renten bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten und die versicherten Berufsunfähigkeitsrenten aus Verträgen der **→versicherten Person** bei uns und bei anderen privaten Versicherern zu berücksichtigen. Renten bzw. Anwartschaften aus der gesetzlichen Rentenversicherung oder aus berufsständischen Versorgungswerken zählen nicht dazu. Wenn die **→versicherte Person** selbstständig ist, ist anstelle des Bruttoarbeitseinkommens der Gewinn vor Steuern maßgeblich.

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

Die planmäßige Anpassung 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 Anpassung der Versicherungsleistungen können die Garantieleistungen bei Beitragsfreistellung und der Abzug nicht mehr der in Ihrem Dokument "Versicherungsinformationen" im Abschnitt "Welche Garantieleistungen ergeben sich bei Beitragsfreistellung bis zum Ende der Versicherungsdauer?" enthaltenen Tabelle entnommen werden.

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

Wenn Sie bei Ihrer Versicherung eine Stundung der Beiträge verlangen, erfolgen in dieser Zeit keine Anpassungen.

Es erfolgen keine Anpassungen, wenn wir eine Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten zahlen und wir Sie von der Beitragszahlungspflicht befreit haben. Anpassungen, die nach dem Termin, ab dem Leistungen aus dieser Versicherung erbracht werden müssen, 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: 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 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 vereinbarten Beitrag, von der Höhe der vereinbarten Rente bei Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten, 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.

ICD-10:
Das ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist ein weltweit einheitlicher Katalog von Krankheitsbildern und Diagnosekriterien. Das ICD-10 wird von der WHO aktuell in der 10. Ausgabe (ICD-10) herausgegeben.

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.

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 einer Beeinträchtigung von körperlichen oder geistigen Fähigkeiten oder den Eintritt einer schweren Krankheit ermitteln. Wir können außerdem Wahrscheinlichkeiten bestimmter Ereignisse feststellen, wie zum Beispiel für den Reaktivierungsfall.

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 - KörperSchutzPolice). 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 KörperSchutzPolice genommen wird. Die versicherte Person muss nicht notwendigerweise der Versicherungsnehmer sein.

Versicherungsjahr:
Einige Regelungen in diesen Versicherungsbedingungen stellen auf verschiedene Zeitpunkte im Verlauf eines Versicherungsjahres ab (zum Beispiel bei der Überschussbeteiligung). Ein Versicherungsjahr beginnt grundsätzlich mit dem Monat, der auf den Monat folgt, für den das Versicherungsende vereinbart wurde, und umfasst 12 Monate.

Stimmt der Folgemonat des bei Vertragsschluss vereinbarten Versicherungsendes nicht mit dem Monat des Versicherungsbeginns überein, umfasst das 1. Versicherungsjahr weniger als 12 Monate. Beispiel: Versicherungsbeginn 01.01., vereinbartes Versicherungsende 30.09.. Dann umfasst das 1. Versicherungsjahr 9 Monate, alle weiteren Versicherungsjahre beginnen jeweils zum 01.10. und umfassen 12 Monate.

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	