

Allgemeine Bedingungen für die Pflegerentenversicherung

Druck-Nr. pm 2350 – 03.2015

Inhaltsverzeichnis

- § 1 Welche Leistungen erbringen wir?
 - § 2 Was verstehen wir unter Pflegebedürftigkeit und wie erfolgt die Einordnung in eine Pflegestufe?
 - § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?
 - § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?
 - § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?
 - § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?
 - § 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?
 - § 8 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?
 - § 9 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?
 - § 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?
 - § 11 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen beansprucht werden?
 - § 12 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?
 - § 13 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?
 - § 14 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit?
 - § 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?
 - § 16 Wer erhält die Versicherungsleistung?
 - § 17 Was gilt für Mitteilungen, die sich auf das Versicherungsverhältnis beziehen?
 - § 18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?
 - § 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?
 - § 20 Wo ist der Gerichtsstand?
 - § 21 Welche Gestaltungsmöglichkeiten bietet Ihre Pflegerentenversicherung?
- Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (in der Fassung vom 15.07.2013)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

als Mitglied unserer Gesellschaft, die in der Rechtsform des Versicherungsvereins auf Gegenseitigkeit organisiert ist, heißen wir Sie herzlich willkommen. Die Satzung informiert Sie über das Mitgliedschaftsverhältnis. Diesen Versicherungsbedingungen können Sie die Regelungen entnehmen, die für das Vertragsverhältnis zwischen dem Versicherungsnehmer und uns gelten. Versicherungsnehmer und damit unser Vertragspartner ist derjenige, der die Versicherung beantragt hat. Mitunter ist der Versicherungsnehmer ein anderer als der Versicherte. Die für Sie geltenden individuellen Vertragsdaten zu Ihrer Pflegerentenversicherung nach Tarif PFV10 (z.B. Höhe und Art der Leistung, Beginn und Dauer der Versicherung) und weitere Einzelregelungen ergeben sich in erster Linie aus dem Versicherungsschein.

Entsprechend unserer Rechtsform ist jeder Versicherungsnehmer Mitglied der Gesellschaft. Die in den Versicherungsbedingungen festgelegten Rechte und Pflichten betreffen vorrangig nur den Versicherungsnehmer, haben aber auch für sonstige Beteiligte Geltung.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

(1) Die Leistungen sind abhängig von dem gewählten Versicherungsumfang und der Pflegestufe. Die Pflegebedürftigkeit wird in drei Stufen eingeteilt, die Pflegestufen I, II und III. In § 2 sind die Voraussetzungen für die drei Pflegestufen erläutert. Weitere Einzelheiten über die Leistungen und Pflegestufen, die Sie versichert haben, finden Sie in Ihrem Versicherungsschein.

Wird der Versicherte während der Vertragsdauer pflegebedürftig im Sinne von § 2 dieser Bedingungen, erbringen wir folgende Leistungen:

- Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht (Beitragsbefreiung) ab Pflegestufe I;
- Zahlung der versicherten Pflegerente der jeweiligen Pflegestufe. Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- Garantierte Rentensteigerung im Pflegefall, wenn diese mitversichert ist.
Die Pflegerente steigt im Pflegefall jährlich um einen festen Prozentsatz. Wir erhöhen die Rente dann jeweils zu Beginn eines Versicherungsjahrs. Wenn der Versicherte nicht mehr pflegebedürftig ist, zahlen Sie wieder die gleichen Beiträge wie vor der Pflegebedürftigkeit. Wenn der Versicherte später erneut pflegebedürftig wird, haben Sie wieder den gleichen Anspruch auf Pflegerente wie am Ende des letzten Leistungsbezugs. Dazu gehört auch die Steigerung der Rente aus der vorigen Leistungspflicht. In diesem Fall berechnen wir die weiteren Erhöhungen nach der dann erreichten Pflegerente. Sie können eine vereinbarte garantierte Rentensteigerung während der Beitragszahlungsdauer zum Beginn des nächstfolgenden Monats, frühestens zum Schluss des ersten Versicherungsjahrs, verringern bzw. ganz ausschließen.
- Zahlung einer einmaligen Leistung, wenn diese mitversichert ist. Diese Leistung in Höhe von sechs Monatsrenten der Pflegestufe III zahlen wir bei erstmaliger Zahlung einer Pflegerente in Pflegestufe II. Ist in Pflegestufe II keine Rente mitversichert, zahlen wir die einmalige Leistung bei erstmaliger Zahlung der Pflegerente in Pflegestufe III.

Haben Sie eine Leistung im Todesfall mitversichert,

- zahlen wir einen Betrag in Höhe von sechs garantierten Monatsrenten der Pflegestufe III, wenn Sie Ihren Beitrag laufend zahlen.
- zahlen wir die zum Zeitpunkt des Todes versicherte Leistung, wenn Sie Ihren Beitrag einmalig zahlen. Die Leistung fällt während der Vertragsdauer bis zum 85. Lebensjahr in jährlichen Stufen von 100 % auf 0 % des Einmalbeitrags.

Die Leistung im Todesfall mindert sich um gezahlte garantierte Pflegerenten.

(2) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Tritt die Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 Absatz 2 ein, erbringen wir unsere Leistungen rückwirkend ab Beginn des dort vorausgesetzten sechsmonatigen Zeitraums. Der Anspruch auf eine Erhöhung der Leistungen wegen einer

höheren Pflegestufe entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die höhere Pflegestufe festgestellt wurde.

Der Leistungsanspruch kann jederzeit ohne Einhaltung einer Meldefrist formlos (z.B. telefonisch oder schriftlich) geltend gemacht werden. Auch bei späterer Anzeige leisten wir immer rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit.

(3) Wartezeit: Haben Sie einen Vertrag mit vereinfachter Risikoprüfung und einer Wartezeit abgeschlossen, umfasst die Wartezeit die ersten fünf Jahre ab Vertragsbeginn. Innerhalb dieser Zeit werden keine Pflegeleistungen gezahlt. Diese werden frühestens nach Ablauf der Wartezeit erbracht, auch wenn die Pflegebedürftigkeit bereits innerhalb der ersten fünf Jahre eingetreten ist. Wenn die Pflegebedürftigkeit nach Ablauf der ersten fünf Jahre eintritt, besteht keine Wartezeit mehr. Die Wartezeit gilt nicht für eine mitversicherte Leistung im Todesfall und bei Pflegebedürftigkeit aufgrund eines Unfalls.

(4) Der Anspruch auf die versicherten Leistungen aufgrund einer Pflegebedürftigkeit erlischt, wenn

- die Pflegebedürftigkeit unter die Mindestanforderung für die Pflegestufe I sinkt oder
- der Versicherte stirbt.

Ausnahmen: Hat der Versicherte

- mindestens 18 Monate eine Pflegerente der Pflegestufe III bezogen, wird diese Pflegerente lebenslang gezahlt.
- mindestens 36 Monate eine Pflegerente der Pflegestufe II bezogen, wird der Vertrag lebenslang vom Beitrag befreit.

Die Ausnahmen gelten auch dann, wenn sich der Gesundheitszustand des Versicherten bessert oder die Pflegebedürftigkeit nicht mehr bestehen sollte.

(5) Bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiter entrichten. Bei Anerkennung der Leistungspflicht zahlen wir Ihnen die zu viel entrichteten Beiträge zurück und verzinsen darüber hinaus die ab Eingang Ihres Antrags auf Pflegerente zu viel entrichteten Beiträge mit einem Zinssatz von 5 % pro Jahr.

Sie haben ebenfalls das Recht, eine zinslose Stundung der ab Eingang Ihres Antrags zu entrichtenden Beiträge zu verlangen. Bei Ablehnung der Leistungspflicht sind die gestundeten Beiträge ohne Zinsen in einem Betrag nachzuzahlen. Sie haben aber auch die Möglichkeit, innerhalb eines Zeitraums von 48 Monaten die gestundeten Beiträge in gleichen jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zu entrichten. Zinsen werden auch hierfür nicht erhoben. Die Rückzahlungsraten muss mindestens 25 EUR betragen. Als Alternative zur Nachzahlung der Beiträge können Sie, sofern ein ausreichendes Deckungskapital¹ vorhanden ist, einen Ausgleich durch eine Verrechnung mit dem Deckungskapital beantragen. Dies führt zu einer Verringerung der versicherten Leistungen.

Die Verzinsung bzw. Stundung erfolgt bis zu unserer Entscheidung über die Leistungspflicht (siehe § 12) oder im Fall einer gerichtlichen Auseinandersetzung bis zur rechtskräftigen Entscheidung.

(6) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.

(7) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 3).

(8) Wir stellen Ihnen im Rahmen der Pflegerentenversicherung auch Assistance-Leistungen eines externen Anbieters zur Verfügung. Diese Assistance-Leistungen umfassen verschiedene Beratungs- und Hilfeleistungen und setzen keine dauerhafte Pflegebedürftigkeit voraus. Derzeit können zum Beispiel folgende Dienstleistungen in Anspruch genommen werden:

- Beratung zu Leistungen der Pflegeversicherung nach SGB XI

¹ Das Deckungskapital wird unter Einrechnung von Zinsen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen aus den Beiträgen gebildet. Dabei werden zunächst die für Kosten und Pflegefallrisiko erforderlichen Beträge abgezogen.

- Beratung zu Pflegeleistungen und haushaltsunterstützenden Dienstleistungen,
- Beratung zu Vorsorgevollmachten, Betreuungs- und Patientenverfügungen,
- Arzneimittelberatung,
- Hilfeleistungen für pflegende Angehörige (z.B. Selbsthilfegruppen),
- Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten Pflegeheimplatz und
- Vermittlung eines Pflegeheimplatzes innerhalb von 24 Stunden (Pflegeheimplatzgarantie).

Ein Anspruch auf die Übernahme der für die vermittelten Leistungen bzw. organisierten Dienste anfallenden Kosten besteht nicht.

Die aktuellen Regelungen zu den angebotenen Assistance-Leistungen finden Sie auf unserer Internetseite www.alte-leipzig.de/versicherungen/pflegerente oder können Sie bei uns anfordern.

§ 2 Was verstehen wir unter Pflegebedürftigkeit und wie erfolgt die Einordnung in eine Pflegestufe?

(1) Pflegebedürftigkeit liegt unter folgenden Voraussetzungen vor:

- Es wird die Hilfe bei einer gewissen Anzahl von Tätigkeiten des täglichen Lebens benötigt (siehe Absätze 2 bis 4) oder
- es liegt eine mittelschwere Demenz vor (siehe Absatz 5) oder
- es liegt eine Pflegestufe im Sinne der §§ 14 und 15 Elftes Sozialgesetzbuch (SGB XI) vor (siehe Absatz 6).

Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach den Tätigkeiten des täglichen Lebens

(2) Pflegebedürftigkeit liegt vor, wenn der Versicherte infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls voraussichtlich für mindestens sechs Monate ununterbrochen so hilflos ist, dass er bei mindestens zwei der folgenden sechs Tätigkeiten auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- **Fortbewegen im Zimmer**
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls – die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an seinem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.
- **Aufstehen und Zubettgehen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.
- **An- und Auskleiden**
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- und auskleiden kann.
- **Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken**
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße – nicht ohne Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.
- **Waschen**
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte – auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenlift – sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person so waschen kann, dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfebedarf.
- **Verrichten der Notdurft**
Hilfebedarf liegt vor, wenn der Versicherte die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil er
 - sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,

- seine Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomie-Beutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange der Versicherte bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

(3) Die Pflegestufen werden wie folgt festgelegt:

- Pflegestufe I des Versicherten liegt vor, wenn dieser wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei mindestens zwei der in Absatz 2 genannten Tätigkeiten täglich der Hilfe bedarf.
- Pflegestufe II des Versicherten liegt vor, wenn dieser wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei mindestens vier der in Absatz 2 genannten Tätigkeiten täglich der Hilfe bedarf.
- Pflegestufe III des Versicherten liegt vor, wenn dieser wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung bei allen sechs der in Absatz 2 genannten Tätigkeiten täglich der Hilfe bedarf.

Die Pflegestufen müssen auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, bestehen. Dies ist ärztlich nach objektiven medizinischen Maßstäben festzustellen.

(4) Ist der Versicherte sechs Monate ununterbrochen infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, pflegebedürftig nach Absatz 2, gilt die Fortdauer dieses Zustands als Pflegebedürftigkeit. Wir erbringen in diesem Fall unsere Leistungen rückwirkend ab Beginn dieses sechsmonatigen Zeitraums.

Einstufung der Pflegebedürftigkeit bei Vorliegen einer Demenz

(5) Pflegebedürftigkeit liegt auch bei mittelschweren oder schweren Hirnleistungsstörungen (Demenz) des Versicherten vor, die durch Unfall oder Erkrankung verursacht wurden und als deren Folge der Versicherte kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil er sich selbst oder andere sonst erheblich gefährden würde. Eine mittelschwere oder schwere Demenz ist charakterisiert durch einen Verlust geistiger Fähigkeiten, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Die Diagnose einer mittelschweren oder schweren Demenz ist durch einen Facharzt (Neurologie) auf der Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung und unter Verwendung psychometrischer Tests zu bestätigen. Es muss mindestens ein Schweregrad 5 „Mittelschwere kognitive Leistungseinbußen“, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, vorliegen. Zur Bestätigung der Diagnose können Wiederholungsuntersuchungen gefordert werden.

Pflegebedürftigkeit aufgrund einer mittelschweren oder schweren Demenz wird in die Pflegestufe II eingestuft. Bei leichten oder mäßigen Demenz werden keine Leistungen fällig.

Einstufung der Pflegebedürftigkeit nach dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI)

(6) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn der Versicherte die Voraussetzungen gemäß §§ 14 und 15 des SGB XI (in der Fassung vom 15.07.2013) erfüllt. Einen vollständigen Auszug dieser beiden Paragraphen finden Sie im Anhang dieser Bedingungen.

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

Für die Gewährung von Leistungen nach diesem Gesetz sind pflegebedürftige Personen einer der folgenden drei Pflegestufen zuzuordnen:

1. *Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.*
2. *Pflegebedürftige der Pflegestufe II (Schwerpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität mindestens dreimal täglich zu verschiedenen Tageszeiten der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.*
3. *Pflegebedürftige der Pflegestufe III (Schwerstpflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität täglich rund um die Uhr, auch nachts, der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.“*

Wichtiger Hinweis: Die Definitionen für die Pflegestufen entsprechen den §§ 14 und 15 SGB XI (Stand 15.07.2013). Bitte beachten Sie, dass Änderungen des Gesetzes zu keiner Änderung der Leistungen aus diesem Vertrag führen. Für die Beurteilung der Pflegebedürftigkeit und die Einteilung der Pflegestufen sind allein die in diesen Bedingungen enthaltenen Definitionen maßgeblich.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

(1) Wir beteiligen Sie und die anderen Versicherungsnehmer gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) an den Überschüssen und Bewertungsreserven (Überschussbeteiligung). Die Überschüsse werden nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Dieser wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit

(2) Überschüsse entstehen dann, wenn die Anzahl von Leistungsfällen und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifkalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Sterblichkeit, Pflegefallrisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Absätze 4 und 5 sowie § 5 der Mindestzuführungsverordnung).

Weitere Überschüsse stammen aus den Erträgen der Kapitalanlagen. Von den Nettoerträgen derjenigen Kapitalanlagen, die für künftige Versicherungsleistungen vorgesehen sind (§ 3 Mindestzuführungsverordnung), erhalten die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit mindestens den in dieser Verordnung genannten Prozentsatz. In der derzeitigen Fassung der Verordnung sind grundsätzlich 90 % vorgeschrieben (§ 4 Absatz 3 und § 5 Mindestzuführungsverordnung). Aus diesem Betrag werden zunächst die Beträge finanziert, die für die garantierten Versicherungsleistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrags an den Überschüssen ergeben sich aus der Mindestzuführungsverordnung nicht.

Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen und innerhalb dieser zu Gewinnverbänden zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie die Pflegebedürftigkeit oder das Todesfallrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses auf die einzelnen Bestandsgruppen und Gewinnverbände orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen. Jede einzelne Versicherung innerhalb eines Gewinnverbands erhält Anteile an den Überschüssen dieser Bestandsgruppe. Wie hoch die Überschussanteilsätze sind, legt jedes Jahr unser Vorstand auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der Direktgutschrift bereits unmittelbar den

überschussberechtigten Versicherungen gutgeschrieben wird. Diese Rückstellung dient dazu, Ergebnisschwankungen im Zeitablauf zu glätten. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 56b des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 56b VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen um

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Verträgen auszugleichen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind oder
- die Deckungsrückstellung zu erhöhen, wenn die Rechnungsgrundlagen auf Grund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen. *(Eine Deckungsrückstellung bilden wir, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können. Die Deckungsrückstellung wird nach § 65 VAG und § 341e und § 341f HGB sowie den dazu erlassenen Rechtsverordnungen berechnet.)*

Wenn wir die Rückstellung für Beitragsrückerstattung zum Verlustausgleich oder zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen, belasten wir die Versichertenbestände verursachungsorientiert.

Beteiligung an den Bewertungsreserven

(3) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem wir die Kapitalanlagen bewerten. Bei der Bewertung richten wir uns nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuchs. Wir veröffentlichen die Bewertungsreserven zum Ende eines jeden Geschäftsjahrs im Geschäftsbericht.

Verteilungsfähige Bewertungsreserven sind die Bewertungsreserven, die wir nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge berücksichtigen. Diese ermitteln wir monatlich neu und ordnen sie den einzelnen Verträgen zu. Dabei berücksichtigen wir, wie die Verträge zur Bildung von Bewertungsreserven beigetragen haben.

So berechnen wir die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven: Ihr Vertrag erhält einen Anteil an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven. Diesen Beteiligungsprozentsatz berechnen wir jeweils zum Ende eines Kalenderjahrs. Wir multiplizieren den in § 153 Absatz 3 VVG festgelegten Anteil der verteilungsfähigen Bewertungsreserven mit dem Beteiligungsprozentsatz.

Um Schwankungen bei den Bewertungsreserven auszugleichen, können wir einen so genannten Sockelbetrag festlegen. In diesem Fall bilden wir hieraus eine zusätzliche Rente (Sockelbetragsrente), die wir ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit zahlen. Bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags durch Tod oder Kündigung vor Pflegerentenbeginn wird keine Leistung aus der Sockelbetragsrente fällig. Näheres zur Sockelbetragsrente finden Sie in Absatz 4. Bis die Beteiligung an den Bewertungsreserven fällig ist, können wir die Höhe des Sockelbetrags neu festsetzen. Dies gilt auch für vergangene Versicherungsjahre.

Eine zusätzliche Beteiligung an den Bewertungsreserven erfolgt bei vorzeitiger Beendigung des Vertrags durch Tod oder Kündigung vor Pflegerentenbeginn, sofern die Höhe der Beteiligung an den Bewertungsreserven den Sockelbetrag übersteigt. Bei Pflegerentenbeginn verwenden wir die Beteiligung an den Bewertungsreserven für eine zusätzliche Pflegerente (Überschussrente). Diese ist für die gesamte Rentendauer garantiert. Ein Absinken der Überschussrente ist damit nicht möglich. Eine garantierte Rentensteigerung im Pflegefall gilt auch für die Überschussrente.

Schwankungen an den Kapitalmärkten wirken sich auch auf die Höhe der Bewertungsreserven aus. Dadurch kann Ihre Beteiligung höher oder niedriger ausfallen – sie kann sogar ganz entfallen. Auch aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

Während der Pflegerentenzahlung erhalten Sie die Beteiligung an den Bewertungsreserven jährlich mit der Überschussbeteiligung durch einen erhöhten Zinsüberschussanteil. Den zusätzlichen Überschussatz ermitteln wir jährlich neu. Bitte beachten Sie: Schwankungen an den Kapitalmärkten wirken sich auch auf die Höhe des Überschussatzes aus. Dadurch kann

Ihre Beteiligung an den Bewertungsreserven höher oder niedriger ausfallen – sie kann sogar ganz entfallen.

Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(4) Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteile ermitteln wir nach versicherungsmathematischen Regeln. Wir veröffentlichen die Regelungen zur Überschussbeteiligung und die Höhe der Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht. Den Geschäftsbericht finden Sie im Internet unter www.alte-leipziger.de.

Bei der Tarifkalkulation haben wir ausschließlich unternehmenseigene vom Geschlecht unabhängige Wahrscheinlichkeitstabellen (bezüglich Sterblichkeit, Pflegefallwahrscheinlichkeit) verwendet und als garantierten Rechnungszins für die Berechnung der Beiträge und des Deckungskapitals¹ 1,25 % p.a. angesetzt; dies ist der Höchstzinssatz gemäß § 2 der derzeitigen Fassung der Deckungsrückstellungsverordnung.

Überschüsse vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

Vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit bzw. vor Ablauf der Wartezeit (siehe § 1 Absatz 3) werden die für Ihren Vertrag fällig werdenden Überschüsse für einen so genannten Pflegebonus plus verwendet. Dieser besteht aus der Schlussüberschussrente, der Sockelbetragsrente und einem Pflegebonus.

- Für die Schlussüberschussrente wird ein jährlicher Zuwachs ermittelt. Basis des jährlichen Zuwachses ist ein Schlussüberschussatz in Prozent des garantierten Deckungskapitals. Die Höhe der Schlussüberschussrente kann bis zur Fälligkeit auch für abgelaufene Versicherungsjahre neu festgesetzt werden.
- Wird eine Sockelbetragsrente (siehe Absatz 3) gebildet, ermitteln wir hierfür einen jährlichen Zuwachs. Basis des jährlichen Zuwachses ist ein Überschussatz für den Sockelbetrag in Prozent des garantierten Deckungskapitals.
- Für die garantierte Pflegerente, die Schlussüberschussrente und die Sockelbetragsrente gewähren wir einen jährlichen Pflegebonus in Höhe des jeweils festgelegten Pflegebonussatzes.

Sofern wir die Höhe der Überschussätze und des Pflegebonus nicht ändern, ergeben sich über die Versicherungsdauer steigende Überschussleistungen (Pflegebonus plus).

Für die Schlussüberschussrente und die Sockelbetragsrente verwenden wir die gleichen Rechnungsgrundlagen wie für die garantierten Leistungen. Der Pflegebonus wird mit modifizierten Wahrscheinlichkeitstabellen berechnet.

Für den Fall, dass der Pflegebonus herabgesetzt wird, besteht eine Nachversicherungsgarantie. Für den entfallenden Teil des Pflegebonus können Sie eine entsprechende Erhöhung der versicherten Leistungen (Nachversicherung) ohne Risikoprüfung gegen Mehrbeitrag beantragen. Für die Beitragsberechnung dieser Nachversicherung sind das rechnungsmäßige Alter² des Versicherten zum Zeitpunkt der Nachversicherung sowie die dann aktuellen Rechnungsgrundlagen maßgebend. Die Nachversicherung kann nur in Anspruch genommen werden, wenn zum Zeitpunkt der Nachversicherung keine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Überschüsse nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit

Nach Eintritt einer Pflegebedürftigkeit bzw. nach Ablauf der Wartezeit (siehe § 1 Absatz 3) wird der jährliche Überschussanteil für eine Erhöhung der Pflegerente verwendet (Rentenzuwachs). Bei Wahl der garantierten Rentensteigerung im Pflegefall gilt diese auch für den Rentenzuwachs. Der Rentenzuwachs wird mit den gleichen Rechnungsgrundlagen wie die garantierten Leistungen berechnet. Der Rentenzuwachs wird erstmals zu Beginn des nach Eintritt des Pflegefalls folgenden Versicherungsjahrs zugeteilt. Endet unsere Leistungspflicht aus dieser Versicherung (siehe § 13 Absatz 3), bleibt der Anspruch auf den erreichten Rentenzuwachs bei erneutem Eintritt des Pflegefalls in voller Höhe erhalten.

² Das rechnungsmäßige Alter ist die Differenz zwischen dem Kalenderjahr der Nachversicherung und dem Geburtsjahr des Versicherten.

Höhe der Überschussbeteiligung ist nicht garantiert

(5) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Wichtigster Einflussfaktor ist dabei die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden und kann auch Null sein.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

(1) Ihr Versicherungsschutz beginnt, wenn der Vertrag abgeschlossen worden ist, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Allerdings entfällt unsere Leistungspflicht bei nicht rechtzeitiger Beitragszahlung (siehe § 7 Absatz 3).

(2) Ist mit Ihnen ein vorläufiger Versicherungsschutz vereinbart worden, wird dieser durch die Regelungen in Absatz 1 nicht berührt.

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

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

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

- a) durch innere Unruhen, sofern der Versicherte auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- b) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn der Versicherte in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig wird, denen er während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen er nicht aktiv beteiligt war. Außerdem werden wir leisten, wenn die Pflegebedürftigkeit während eines Aufenthalts außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedstaaten verursacht wurde und der Versicherte als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO, UNO, EU oder OSZE an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch den Versicherten. Verkehrsdelikte und fahrlässige Verstöße sind von diesem Ausschluss nicht betroffen;
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit, Kräfteverfall oder Pflegebedürftigkeit durch den Versicherten, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Pflegebedürftigkeit des Versicherten herbeigeführt haben;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden oder schädigen, dass zu deren Abwehr und Bekämpfung der Einsatz der Katastrophenschutzbehörde der Bundesrepublik Deutschland oder vergleichbarer Einrichtungen anderer Länder notwendig ist.

§ 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Wir übernehmen den Versicherungsschutz im Vertrauen darauf, dass Sie bei Antragstellung bzw. Angebotsanforderung alle in Textform gestellten Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet haben; dies gilt insbesondere für die Fragen zum Gesundheitszustand. Sofern nach diesem Zeitpunkt und vor Vertragsabschluss von uns nicht weitere Fragen in Textform gestellt werden, besteht für erstmals hinzugekommene weitere Krankheiten, Unfallfolgen oder körperliche Schäden keine Anzeigepflicht.

(2) Soll eine andere Person versichert werden, ist auch diese – neben Ihnen – für die wahrheitsgemäße und vollständige Beantwortung der Fragen verantwortlich.

Rücktritt

(3) Wenn Umstände, die für die Übernahme des Versicherungsschutzes Bedeutung haben, von Ihnen oder dem Versicherten (siehe Absatz 2) nicht oder nicht richtig angegeben worden sind, können wir vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass die vorvertragliche Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob fahrlässig verletzt worden ist. Bei grob fahrlässiger Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht haben wir kein Rücktrittsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

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

(5) Wenn die Versicherung durch Rücktritt aufgehoben wird, zahlen wir den Rückkaufswert (§ 9 Absatz 3). Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(6) Ist unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen, weil die Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht weder auf Vorsatz noch auf grober Fahrlässigkeit beruhte, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die gesetzliche Möglichkeit der Kündigung.

(7) Wir haben kein Kündigungsrecht, wenn uns nachgewiesen wird, dass wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, wenn auch zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten.

(8) Kündigen wir die Versicherung, wandelt sie sich mit der Kündigung in eine beitragsfreie Versicherung um (§ 9 Absatz 6).

Vertragsanpassung

(9) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag auch bei Kenntnis der nicht angezeigten Umstände, aber zu anderen Bedingungen, geschlossen hätten, werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, verzichten wir auf die gesetzliche Möglichkeit der Vertragsanpassung.

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

Ausübung unserer Rechte

(11) Wir können uns auf die Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung und zur Vertragsanpassung nur berufen, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf die Folgen einer Anzeigepflichtverletzung hingewiesen haben. Wir müssen unsere Rechte innerhalb eines Monats schriftlich geltend machen. Die Frist beginnt mit dem Zeitpunkt, zu dem wir von der Verletzung der Anzeigepflicht, die das von uns geltend gemachte Recht begründet, Kenntnis erlangen. Bei Ausübung unserer Rechte müssen wir die Umstände angeben, auf die wir unsere Erklärung stützen. Zur Begründung können wir nachträglich weitere Umstände innerhalb eines Monats nach deren Kenntniserlangung angeben.

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

(13) Die genannten Rechte können wir nur innerhalb von fünf Jahren seit Vertragsabschluss ausüben. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist gel-

tend machen. Haben Sie die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(14) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt auf unsere Annahmensecheidung Einfluss genommen worden ist. Handelt es sich um Angaben des Versicherten, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Die Absätze 5 und 6 gelten entsprechend.

Leistungserweiterung / Wiederherstellung der Versicherung

(15) Die Absätze 1 bis 14 gelten bei einer unsere Leistungspflicht erweiternden Änderung oder bei einer Wiederherstellung der Versicherung entsprechend. Die Fristen nach Absatz 13 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung der Versicherung bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu zu laufen.

Erklärungsempfänger

(16) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben.

(17) Auf den Rücktritt, die Kündigung, die Vertragsanpassung oder Anfechtung des Vertrags können wir uns auch dritten Berechtigten gegenüber berufen.

§ 7 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei einmaliger und jährlicher Beitragszahlung ein Jahr, bei unterjährlicher Beitragszahlung entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.

(2) Der erste oder einmalige Beitrag (Einlösungsbeitrag) ist unverzüglich nach Abschluss des Vertrags zu zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig.

(3) Für die Rechtzeitigkeit der Beitragszahlung genügt es, wenn Sie fristgerecht alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Ist die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart, gilt die Zahlung als rechtzeitig, wenn der Beitrag zu dem in Absatz 2 genannten Termin eingezogen werden kann und Sie einer berechtigten Einziehung nicht widersprechen. Konnte der fällige Beitrag ohne Ihr Verschulden von uns nicht eingezogen werden, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie unverzüglich nach unserer schriftlichen Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des Lastschriftverfahrens zu verlangen.

(4) Sie haben die Möglichkeit, eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge gegen Zahlung von Stundungszinsen für maximal 24 Monate zu verlangen. Hierfür ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich. Voraussetzung für eine Stundung oder Teilstundung ist, dass die Beiträge für die ersten zwölf Versicherungsmonate vollständig gezahlt wurden.

Die Stundung ist zinslos, wenn Sie uns anhand eines Bescheids oder Leistungsnachweises eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungswerks nachweisen, dass Sie

- arbeitslos sind,
- sich in der gesetzlichen Elternzeit befinden oder
- erwerbsgemindert sind.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Eine weitere Stundung ist wieder zinspflichtig.

Die Nachzahlung der gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlter Stundungszinsen erfolgt in einem Betrag am Ende des vereinbarten Stundungszeitraums. Sie haben aber auch die Möglichkeit, innerhalb eines Zeitraums von 48 Monaten die gestundeten Beiträge zuzüglich Zinsen in gleichen jährlichen, halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zu entrichten. Die Rückzahlungsrate muss mindestens 25 EUR betragen. Wenn Sie nicht innerhalb eines Monats nach Erhalt unserer Mitteilung mit der vereinbarten Rückzahlung der gestundeten Beiträge beginnen, setzen wir die Versicherungsleistungen unter Verrechnung der gestundeten Beiträge und der Stundungszinsen nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik herab, sofern ein ausreichendes Deckungskapital¹ vorhanden ist. Anderenfalls erlischt diese Versicherung. Die genauen Regelungen für die Rückzahlung ergeben sich aus dem individuellen Stundungsangebot, welches wir Ihnen unterbreiten. Eine erneute Stundung ist frühestens nach vollständigem Ausgleich der gestundeten Beiträge und ggf. nicht gezahlter Stundungszinsen möglich.

(5) Bei Fälligkeit einer Versicherungsleistung werden wir Beitragsrückstände verrechnen.

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

(1) Wenn Sie den Einlösungsbeitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir – solange die Zahlung nicht bewirkt ist – vom Vertrag zurücktreten. Dies gilt nicht, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben. Bei einem Rücktritt können wir von Ihnen die Erstattung der Kosten der zur Risikoprüfung durchgeführten ärztlichen Untersuchungen verlangen.

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

(3) Wenn Sie einen Folgebeitrag oder einen sonstigen Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig zahlen oder von uns nicht eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine schriftliche Mahnung. Darin setzen wir Ihnen eine Zahlungsfrist von mindestens zwei Wochen. Begleichen Sie den Rückstand nicht innerhalb der gesetzten Frist, entfällt oder vermindert sich Ihr Versicherungsschutz. Auf diese Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen. Die Wirkungen der Kündigung fallen fort und es besteht wieder voller Versicherungsschutz, wenn der angemahnte Gesamtbetrag innerhalb eines Monats nach Fristablauf an uns gezahlt wird. Auch nach Ablauf der genannten Frist von einem Monat können die Kündigungswirkungen beseitigt werden. Dazu müssen sämtliche rückständigen Beiträge, einschließlich der seit der Kündigung noch fällig gewordenen Beiträge, innerhalb einer Frist von sechs Monaten – vom Fälligkeitstermin des erstmals unbezahlten Beitrags an gerechnet – an uns gezahlt werden.

§ 9 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?

Kündigung

(1) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Ende des laufenden Monats ganz oder teilweise schriftlich kündigen.

Voraussetzung für eine teilweise Kündigung ist: Die verbleibende beitragspflichtige Pflegerente in der Pflegestufe III erreicht mindestens 3.000 EUR im Jahr. Sonst müssen Sie den gesamten Vertrag kündigen. Bei einer teilweisen Kündigung reduziert sich ebenfalls die vereinbarte Leistung im Todesfall.

Wenn der Versicherte zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig ist, bleiben Ansprüche aus Ihrem Vertrag aufgrund einer bereits vor der Kündigung eingetretenen Pflegebedürftigkeit bestehen. Eine laufende Pflegerente wird nach der Kündigung weitergezahlt.

(2) Wenn Sie eine Leistung für den Todesfall vereinbart haben, zahlen wir nach einer Kündigung den nach Absatz 3 berechneten Rückkaufswert.

Wenn Sie keine Leistung für den Todesfall vereinbart haben, können Sie Ihren Vertrag während der Dauer der Beitragszahlung kündigen. In diesem

Fall stellen wir Ihren Vertrag in einen beitragsfreien Vertrag um. Hierfür gelten die gleichen Regelungen wie für die Beitragsfreistellung (siehe Absatz 6). Einen Rückkaufswert zahlen wir nur dann aus, wenn die beitragsfreie Pflegerente in der Pflegestufe III nicht 1.200 EUR im Jahr erreicht.

(3) Entsprechend § 169 VVG werden wir den Rückkaufswert erstatten. Er ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation berechnete Deckungskapital¹ der Versicherung für den Zeitpunkt, zu dem die Kündigung wirksam wird. Mindestens erstatten wir jedoch den Betrag des Deckungskapitals, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der unter Beachtung der aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze (siehe § 10 Absatz 2 Satz 3) angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre – bei kürzeren Beitragszahlungsdauern jedoch längstens bis zum Ende der Beitragszahlung – ergibt. Von dem so ermittelten Wert wird eine Stornogebühr abgezogen. Diese Stornogebühr wird bei Kündigung oder Beitragsfreistellung erhoben. Diese beträgt 25 % des Deckungskapitals bzw. bei Zahlung eines Einmalbeitrags 15 % des Deckungskapitals. Beitragsrückstände werden ebenfalls von dem Rückkaufswert abgezogen. Eine Stornogebühr wird nicht bei Kündigung einer vorzeitig beitragsfrei gestellten Versicherung erhoben. Die Höhe des Rückkaufswerts abzüglich der Stornogebühr ist auf die für den Todesfall vereinbarte Leistung begrenzt (siehe § 1 Absatz 1). Aus einem vorhandenen Restbetrag wird eine beitragsfreie Pflegerente ohne Leistung im Todesfall gebildet. Für diese gelten die gleichen Regelungen wie für die Beitragsfreistellung (siehe Absatz 6).

Die Stornogebühr ist zulässig, wenn sie angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten die Stornogebühr für angemessen, weil mit ihr die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versicherungsbestands ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Wenn Sie uns nachweisen, dass die aufgrund Ihrer Kündigung von uns abgezogene Stornogebühr wesentlich niedriger liegen muss, wird diese entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass die Stornogebühr nicht gerechtfertigt ist, entfällt diese. Die Höhe der Stornogebühr in Euro ist in der im Versicherungsschein enthaltenen Aufstellung der garantierten Leistungen bei Kündigung und Beitragsfreistellung genannt.

(4) Wir sind nach § 169 Absatz 6 VVG berechtigt, den nach Absatz 3 berechneten Rückkaufswert angemessen herabzusetzen, soweit dies erforderlich ist, um eine Gefährdung der Belange der Versicherungsnehmer, insbesondere durch eine Gefährdung der dauernden Erfüllbarkeit der sich aus den Versicherungsverträgen ergebenden Verpflichtungen, auszuschließen. Die Herabsetzung ist jeweils auf ein Jahr befristet.

(5) Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung ist wegen der Verrechnung der Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 10) nur ein geringer oder kein Rückkaufswert vorhanden. Auch in den Folgejahren sind wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Rückkaufswerte vorhanden. Eine Aufstellung der garantierten Rückkaufswerte ist im Versicherungsschein enthalten.

Beitragsfreistellung

(6) Sie können Ihren Vertrag zum Ende des laufenden Monats ganz oder teilweise schriftlich beitragsfrei stellen. Wir senken die versicherte Pflegerente dann ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Pflegerente. Das Verhältnis der Leistungen in den einzelnen Pflegestufen zueinander bleibt unverändert. Für die Berechnung der beitragsfreien Pflegerente legen wir den zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung vorhandenen Rückkaufswert (siehe Absatz 3) zugrunde.

Erreicht die beitragsfreie Pflegerente in der Pflegestufe III nach einer Beitragsfreistellung nicht mindestens 1.200 EUR im Jahr, erhalten Sie den vollen Rückkaufswert (siehe Absatz 3).

Voraussetzung für eine teilweise Beitragsfreistellung oder für eine Herabsetzung des Versicherungsschutzes ist: Die verbleibende beitragspflichtige Pflegerente in der Pflegestufe III erreicht mindestens 3.000 EUR im Jahr. Sonst müssen Sie die vollständige Beitragsfreistellung beantragen.

(7) Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihrer Versicherung stehen wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 10) keine Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den

gezahlten Beiträgen nur geringe oder keine Beiträge für die Bildung einer beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung. Eine Aufstellung der garantierten beitragsfreien Pflegerenten ist im Versicherungsschein enthalten.

Beitragsrückzahlung

(8) Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Wiederinkraftsetzung

(9) Sie können Ihre Pflegerentenversicherung nach einer Beitragsfreistellung ohne erneute Risikoprüfung wieder in Kraft setzen. Voraussetzungen dafür sind:

- Sie beantragen dies innerhalb von sechs Monaten nach Beitragsfreistellung.
- Sie zahlen in diesen sechs Monaten die gesamten ab dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge nach.
- Es liegt keine Pflegebedürftigkeit des Versicherten im Sinne dieser Bedingungen vor.

§ 10 Wie werden die Abschluss- und Vertriebskosten verrechnet?

(1) Durch den Abschluss von Versicherungsverträgen entstehen Abschluss- und Vertriebskosten. Diese sind bereits pauschal bei der Tarifkalkulation berücksichtigt und werden daher nicht gesondert in Rechnung gestellt.

(2) Für Ihren Vertrag ist das Verrechnungsverfahren nach § 4 der derzeitigen Fassung der Deckungsrückstellungsverordnung maßgebend. Hierbei werden die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten herangezogen, soweit die Beiträge nicht für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und für die Bildung einer Deckungsrückstellung aufgrund von § 25 Absatz 2 RechVersV in Verbindung mit § 169 Absatz 3 VVG bestimmt sind. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge beschränkt.

§ 11 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen beansprucht werden?

(1) Zum Nachweis der Pflegebedürftigkeit sind uns unverzüglich auf Ihre Kosten folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte (z.B. Arztbriefe), die den Versicherten gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
- c) den Leistungsbescheid mit dem Gutachten des Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung, wenn Leistungen aus der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung bezogen werden;
- d) eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

(2) Wir können außerdem – dann allerdings auf unsere Kosten – weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen. Der Versicherte hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen er in Behandlung oder Pflege war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer und gesetzliche Krankenkassen sowie Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Wenn Sie im Ausland leben, können wir

- einen Arzt zur Durchführung der geforderten Untersuchung im Land Ihres Aufenthalts beauftragen oder
- verlangen, dass Sie für die geforderte Untersuchung nach Deutschland reisen. In diesem Fall übernehmen wir neben den Untersu-

chungskosten auch die üblichen Reise- und Unterbringungskosten sowie die im konkreten Einzelfall notwendigen Kosten.

(4) Die Befolgung von ärztlichen Anordnungen ist nicht Voraussetzung für die Anerkennung der Leistungen aus der Pflegerentenversicherung; ausgenommen sind der Einsatz von Hilfsmitteln des täglichen Lebens (z.B. Verwendung von Prothesen, Seh- und Hörhilfen) sowie Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und sichere Aussicht auf Besserung des Gesundheitszustands bieten. Lässt der Versicherte darüber hinausgehende ärztlich angeordnete, insbesondere operative Behandlungsmaßnahmen zur Heilung oder Minderung der Pflegebedürftigkeit nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen aus dieser Versicherung nicht entgegen.

(5) Erhalten Sie bereits eine Leistung aufgrund einer versicherten Pflegebedürftigkeit und beanspruchen höhere Leistungen aufgrund einer höheren Pflegestufe, gelten die Absätze 1 bis 4 entsprechend.

(6) Der Tod des Versicherten ist uns unverzüglich anzuzeigen. Außer dem Versicherungsschein ist uns eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde einzureichen. Sie sind ebenfalls verpflichtet, uns eine Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit des Versicherten unverzüglich mitzuteilen. Zu Unrecht empfangene Pflegerentenzahlungen sind an uns zurückzuzahlen.

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

(1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir, ob und in welchem Umfang wir eine Leistungspflicht anerkennen. Wir sprechen keine zeitlich begrenzten Anerkenntnisse aus.

(2) Innerhalb von zehn Arbeitstagen nach Eingang der jeweils zur Prüfung vorgelegten Unterlagen erhalten Sie von uns eine Entscheidung über die Leistungspflicht oder eine Mitteilung darüber, welche weiteren Unterlagen von Ihnen nachzureichen sind bzw. welche weiteren Schritte (z.B. neutrales Gutachten) wir einleiten werden. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig – spätestens nach sechs Wochen – über den aktuellen Bearbeitungsstand informieren.

(3) Einen durch Überschreiten der in Absatz 2 genannten Frist nachweislich entstandenen Schaden werden wir ersetzen.

§ 13 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit und das Fortleben des Versicherten nachzuprüfen. Die Entscheidung, ob und wie häufig wir eine Nachprüfung vornehmen, entscheiden wir im Einzelfall. Vorübergehende Besserungen bleiben dabei unberücksichtigt; eine Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen des Versicherten durch von uns zu beauftragende Ärzte verlangen. Wir können vor jeder Rentenzahlung (in der Regel jährlich) ein amtliches Zeugnis darüber verlangen, dass der Versicherte noch lebt. Die in § 11 genannten Mitwirkungspflichten gelten entsprechend.

(3) Hat sich die Pflegebedürftigkeit so geändert, dass der Versicherte in eine niedrigere oder höhere Pflegestufe einzuordnen ist, wird die Versicherungsleistung mit Ablauf des Monats, in dem die Änderung eingetreten ist, angepasst. Ist die Pflegebedürftigkeit vollständig weggefallen, werden wir von den Leistungen frei, sofern keine Leistungspflicht nach § 1 Absatz 4 vorliegt.

Wir teilen Ihnen die Gründe für die Änderung der Pflegestufe oder für die Einstellung unserer Leistungen schriftlich mit. Die Einstellung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden. Beitragsteile für eine einmalige Leistung (gemäß § 1 Absatz 1) sind nicht mehr zu entrichten.

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

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 11 oder § 13 von Ihnen oder dem Versicherten vorsätzlich oder grob fahrlässig nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unserer Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechendem Verhältnis zu kürzen. Dies gilt nicht, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt haben. Die Ansprüche aus der Versicherung bleiben jedoch insoweit bestehen, als die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet. Die vollständige oder teilweise Leistungsfreiheit tritt nur ein, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in Textform auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Den Inhaber des Versicherungsscheins können wir 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) In den Fällen des § 16 Absatz 3 brauchen wir den Nachweis der Berechtigung nur dann anzuerkennen, wenn uns die schriftliche Anzeige des bisherigen Berechtigten vorliegt.

§ 16 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

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

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts sowie eine Abtretung oder Verpfändung von Ansprüchen aus dem Vertrag (soweit überhaupt rechtlich möglich) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten schriftlich angezeigt worden sind.

(4) Unsere Leistungen überweisen wir dem Empfangsberechtigten auf seine Kosten. Bei Überweisungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt der Empfangsberechtigte auch die damit verbundene Gefahr.

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

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

(2) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen, da wir eine an Sie zu richtende Willenserklärung mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift senden können. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefs als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(3) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 2 entsprechend.

(4) Wenn Sie sich für längere Zeit außerhalb der Europäischen Union aufhalten, sollten Sie uns – auch in Ihrem Interesse – eine in der Europäischen Union ansässige Person benennen, die bevollmächtigt ist, unsere Mitteilungen für Sie entgegenzunehmen (Zustellungsbevollmächtigter).

§ 18 Welche Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

(1) Falls aus besonderen, von Ihnen veranlassten Gründen ein zusätzlicher Verwaltungsaufwand verursacht wird, können wir die in solchen Fällen durchschnittlich entstehenden Kosten als pauschale Gebühr gesondert in Rechnung stellen. Dies gilt bei

- Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen
- Rückläufem im Lastschriftverfahren
- Einrichtung eines Stundungskontos
- Verrechnung von rückständigen oder gestundeten Beiträgen
- Einrichtung eines Ratenzahlungsplans zur Tilgung von gestundeten Beiträgen.

Über die Höhe der bei Vertragsabschluss geltenden Gebühren werden Sie vor Vertragsabschluss informiert. Die Höhe der Gebühren kann sich im Laufe der Versicherungsdauer bei eventuellen Kostensenkungen oder -steigerungen ändern. Die aktuellen Gebühren teilen wir Ihnen auf Anfrage gerne mit.

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

§ 19 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 20 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Vertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Vertrag zuständigen Niederlassung. Sind Sie eine natürliche Person, ist auch das Gericht örtlich zuständig, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, Ihren gewöhnlichen Aufenthalt haben.

(2) Sind Sie eine natürliche Person, müssen Klagen aus dem Vertrag gegen Sie bei dem Gericht erhoben werden, das für Ihren Wohnsitz oder, in Ermangelung eines solchen, den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts zuständig ist. Sind Sie eine juristische Person, bestimmt sich das zuständige Gericht nach Ihrem Sitz oder Ihrer Niederlassung.

(3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz in einen Staat außerhalb der Europäischen Union, Islands, Norwegens oder der Schweiz, sind die Gerichte des Staats zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 21 Welche Gestaltungsmöglichkeiten bietet Ihre Pflegegerentenversicherung?

Auch nach dem Abschluss einer Pflegegerentenversicherung bleiben Sie als Versicherungsnehmer in der Gestaltung Ihres Vertrags flexibel.

Voraussetzung für alle Gestaltungsmöglichkeiten:

Für den Versicherten wurden innerhalb der letzten fünf Jahre keine Leistungen gewährt oder beantragt und es ist auch keine Beantragung beabsichtigt. Dies gilt für alle Leistungen wegen Berufs- oder Dienstunfähigkeit, Erwerbsminderung, Pflegebedürftigkeit oder einer Behinderung. Dabei ist es unerheblich, ob die genannten Leistungen von einem privaten Versicherungsunternehmen, einem berufsständischen Versorgungswerk oder einem gesetzlichen Versorgungsträger erbracht wurden oder erbracht werden sollen.

Ausbaugarantie

Mit der Ausbaugarantie können Sie innerhalb von fünf Jahren nach Vertragsbeginn die Leistungen in den Pflegestufen I und II Ihres bestehenden Vertrags ohne erneute Risikoprüfung erhöhen.

Voraussetzungen für die Ausbaugarantie:

- Der Versicherte ist zum Zeitpunkt der Ausübung der Ausbaugarantie nicht älter als 55 Jahre.
- Die Anhebung erfolgt um höchstens 25 %-Punkte in Pflegestufe I und um höchstens 50 %-Punkte in Pflegestufe II, maximal auf 100 % je Pflegestufe.
- Es besteht kein Vertrag mit fünfjähriger Wartezeit (siehe § 1 Absatz 3).

Nachversicherungsgarantie

Mit der Nachversicherungsgarantie können Sie Ihre Pflegerentenversicherung ohne erneute Risikoprüfung durch den Abschluss einer weiteren Pflegerentenversicherung ergänzen. Die Nachversicherungsgarantie darf maximal zwei Mal während der Vertragslaufzeit ausgeübt werden; maximal einmal innerhalb eines Kalenderjahrs.

Voraussetzungen für die Nachversicherungsgarantie:

- Der Versicherte ist zum Zeitpunkt der Ausübung der Nachversicherungsgarantie nicht älter als 55 Jahre.
- Die neue jährliche Pflegerente beträgt mindestens 1.500 EUR in der Pflegestufe III.
- Die neue Pflegerente in Pflegestufe III beträgt nicht mehr als 50 % der ursprünglich versicherten Pflegerente.
- Die gesamte jährliche Pflegerente (einschließlich bereits erfolgter Erhöhungen im Rahmen der Dynamik und der neu abgeschlossenen Pflegerente) beträgt nicht mehr als 48.000 EUR in der Pflegestufe III.
- Die gesamte jährliche Pflegerente (einschließlich der neu abgeschlossenen Pflegerente) beträgt nicht mehr als 12.000 EUR in der Pflegestufe III, wenn der ursprüngliche Vertrag mit fünfjähriger Wartezeit (siehe § 1 Absatz 3) abgeschlossen wurde.

Sie können eine Nachversicherung innerhalb von sechs Monaten beantragen, nachdem für den Versicherten eines der folgenden Ereignisse zutrifft:

- Tod des Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners
- Pflegebedürftigkeit des Ehepartners oder des eingetragenen Lebenspartners
- Heirat oder Eintragung einer Lebenspartnerschaft
- Scheidung oder Aufhebung einer eingetragenen Lebenspartnerschaft

- Geburt oder Adoption eines Kindes
- Heirat eines Kindes
- Geburt oder Adoption eines Enkelkindes

Nach Ablauf der sechsmonatigen Frist ist eine erneute Risikoprüfung erforderlich.

Umstellungsoption bei einer Änderung der §§ 14 und 15 SGB XI

Mit der Umstellungsoption können Sie Ihren Versicherungsschutz für den Pflegefall der aktuellen Gesetzeslage anpassen. Ändert sich die gesetzliche Definition der Pflegebedürftigkeit oder der Pflegestufen für die Pflegepflichtversicherung nach §§ 14 und 15 SGB XI, haben Sie die Möglichkeit, Ihren Vertrag ohne erneute Risikoprüfung umzustellen. Die Umstellung ist nur möglich, wenn wir hierfür einen Tarif anbieten, der diese geänderte Gesetzeslage berücksichtigt.

Der Tarifwechsel darf nicht zu einer Ausweitung des Versicherungsschutzes führen, wir werden Ihnen daher einen entsprechenden Umstellungstarif anbieten, der sich an Ihren bisherigen versicherten Pflegestufen orientiert.

Die Versicherungsleistungen und den Beitrag berechnen wir auf Basis des neuen Tarifs mit den zum Zeitpunkt der Umstellung aktuellen Rechnungsgrundlagen und unter Anrechnung bereits vorhandener Werte neu.

Allgemeines zur Nachversicherungsgarantie und Umstellungsoption

Für den neuen Vertrag gelten die zu diesem Zeitpunkt gültigen Tarife, Rechnungsgrundlagen, Versicherungsbedingungen, Steuerregelungen und die Risikoeinstufung des zuletzt abgeschlossenen Vertrags. Sind dort zusätzliche Leistungseinschränkungen vereinbart, gelten diese auch für den neuen Vertrag.

Die Umstellungsoption gilt auch für den neuen Vertrag, aber es besteht keine weitere Nachversicherungsgarantie.

Die Nachversicherungsgarantie und die Umstellungsoption gewähren wir im Vertrauen darauf, dass Sie bei Ihren früheren Verträgen mit unserer Gesellschaft die vorvertragliche Anzeigepflicht ordnungsgemäß erfüllt haben. Wenn wir bei einem der früher mit uns abgeschlossenen Verträge eine vorvertragliche Anzeigepflichtverletzung feststellen, gelten die Regelungen des § 6.

ALTE LEIPZIGER Lebensversicherung a.G.
Alte Leipziger-Platz 1, 61440 Oberursel

Anhang: Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (in der Fassung vom 15.07.2013)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

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

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

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

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

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

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

§ 15 Stufen der Pflegebedürftigkeit

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

1. Pflegebedürftige der Pflegestufe I (erheblich Pflegebedürftige) sind Personen, die bei der Körperpflege, der Ernährung oder der Mobilität

für wenigstens zwei Verrichtungen aus einem oder mehreren Bereichen mindestens einmal täglich der Hilfe bedürfen und zusätzlich mehrfach in der Woche Hilfen bei der hauswirtschaftlichen Versorgung benötigen.

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

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

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

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

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

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