

Allgemeine Bedingungen für die Selbstständige Pflegerenten-Versicherung

(Tarifbezeichnung: SPV)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

Sie sind als Versicherungsnehmer unser Vertragspartner; für unser Vertragsverhältnis gelten die folgenden Bedingungen. Darin werden die vertragsrechtlichen Leistungen beschrieben. Informationen zur steuerlichen Behandlung Ihrer Versicherung finden Sie in der Kundeninformation „Allgemeine Angaben über steuerliche Aspekte“.

Inhaltsverzeichnis Seite

Leistung

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit?.....	1
§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	2
§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im Todesfall?.....	3
§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?	3
§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?.....	5
§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	5
§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?	5
§ 8 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Todesfallleistungen verlangt werden?.....	6
§ 9 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	7
§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?.....	7
§ 11 Wann erhalten Sie Wiedereingliederungshilfe?.....	7
§ 12 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder im Todesfall?.....	7
§ 13 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?.....	8
§ 14 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?	8
§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?.....	8
§ 16 Wer erhält die Versicherungsleistung?.....	9

Beitrag

§ 17 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?	9
§ 18 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen?	9

Kündigung und Beitragsfreistellung

§ 19 Wann können Sie Ihren Vertrag kündigen oder beitragsfrei stellen?	10
--	----

Kosten

§ 20 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?.....	11
---	----

Sonstige Vertragsbestimmungen

§ 21 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?.....	12
§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?.....	12
§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?	12
§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?.....	12

§ 25 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?.....	12
--	----

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir bei Pflegebedürftigkeit?

(1) Wird die versicherte Person während der Dauer dieser Versicherung voraussichtlich mindestens sechs Monate ununterbrochen pflegebedürftig (vgl. § 2), erbringen wir folgende Versicherungsleistungen:

a) Volle oder teilweise Zahlung der vereinbarten Pflegerenten entsprechend der vereinbarten Leistungsstaffel:

Leistungsstaffel 1 - PflegeVorsorge Basis

- Bei 6 Pflegepunkten (siehe § 2 Abs. 2): volle Rentenhöhe,
- wenn weniger als 6 Pflegepunkte vorliegen: keine Rentenleistung. Autonomieverlust infolge Demenz (siehe § 2 Abs. 3) allein begründet ebenfalls keinen Leistungsanspruch.

Leistungsstaffel 2 - PflegeVorsorge Komfort

- Bei 6 Pflegepunkten: volle Rentenhöhe,
- bei 4 oder 5 Pflegepunkten oder Autonomieverlust infolge Demenz: 50 % der vollen Rentenhöhe,
- wenn weder 4 oder mehr Pflegepunkte noch Autonomieverlust infolge Demenz vorliegen: keine Rentenleistung.

Leistungsstaffel 3 - PflegeVorsorge Exklusiv

- Bei 6 Pflegepunkten oder Autonomieverlust infolge Demenz: volle Rentenhöhe,
- bei 4 oder 5 Pflegepunkten: 75 % der vollen Rentenhöhe,
- bei 3 Pflegepunkten: 50 % der vollen Rentenhöhe,
- wenn weder 3 oder mehr Pflegepunkte noch Autonomieverlust infolge Demenz vorliegen: keine Rentenleistung.

Leistungsstaffel 4 - PflegeVorsorge Flexibel

- Bei 6 Pflegepunkten: volle Rentenhöhe,
- bei 4 oder 5 Pflegepunkten: der hierfür vereinbarte Anteil der vollen Rentenhöhe,
- bei 3 Pflegepunkten: der hierfür vereinbarte Anteil der vollen Rentenhöhe,
- bei Autonomieverlust infolge Demenz: der hierfür vereinbarte Anteil der vollen Rentenhöhe,
- wenn weder 3 oder mehr Pflegepunkte noch Autonomieverlust infolge Demenz vorliegen: keine Rentenleistung.

Die Pflegerente zahlen wir monatlich im Voraus.

b) Volle Befreiung von der Beitragszahlungspflicht ab 3 Pflegepunkten oder Autonomieverlust infolge Demenz.

(2) Ist die versicherte Person mindestens 6 Monate pflegebedürftig gewesen, obwohl diese Dauer bei Eintritt der Pflegebedürftigkeit nicht voraussehbar war, so leisten wir

ab Eintritt der Pflegebedürftigkeit gemäß der vereinbarten Leistungsstaffel.

(3) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung oder Rente entsteht mit Ablauf des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist, frühestens jedoch zum vereinbarten Beginn der Pflegerenten-Versicherung.

Diese Regelung gilt sinngemäß für eine Anhebung unserer Leistungen wegen einer Änderung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit, falls die vereinbarte Leistungsstaffel dies vorsieht.

(4) Vorübergehende akute Erkrankungen oder vorübergehende Besserungen führen zu keiner Änderung der Rentenleistung.

Eine Erkrankung oder Besserung gilt dann nicht als vorübergehend, wenn sie nach drei Monaten noch anhält.

(5) Ihre Anspruchstellung sollte unverzüglich erfolgen, wenn die sechsmonatige Mindestdauer der Pflegebedürftigkeit ärztlicherseits voraussehbar oder bereits eingetreten ist.

Auch bei späterer Anzeige leisten wir rückwirkend für die nachgewiesene Zeit der Pflegebedürftigkeit, sofern die verspätete Meldung ohne Verschulden des Versicherungsnehmers erfolgt ist. Andernfalls leisten wir maximal für 3 Jahre ab dem Zeitpunkt der Meldung rückwirkend.

Dasselbe gilt für Ihren Anspruch auf eine Erhöhung der Pflegerente wegen einer Erhöhung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit.

(6) Der Versicherungsschutz gilt weltweit. Der Anspruch auf Pflegerente ruht in den Kalendermonaten, in denen die versicherte Person während des vollen Monats außerhalb der Europäischen Union, der Schweiz oder Norwegens gepflegt wird. Dies gilt nicht, wenn der Aufenthalt außerhalb dieses Gebiets nicht länger als drei volle Kalendermonate andauert oder wir einer längeren Pflege außerhalb dieses Gebiets zugestimmt haben.

(7) Der Anspruch auf die Versicherungsleistung gemäß Absatz 1 erlischt, wenn die versicherte Person stirbt.

Wenn sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit mindert, so dass die in Absatz 1 Buchst. a genannten Leistungsvoraussetzungen nicht mehr unverändert erfüllt sind, dann mindert sich gemäß der vereinbarten Leistungsstaffel der Rentenanspruch oder er erlischt.

Entsprechend lebt die Beitragszahlungspflicht wieder auf, wenn die Leistungsvoraussetzungen aus Absatz 1 Buchst. b nicht mehr erfüllt sind und die vereinbarte Beitragszahlungsdauer noch nicht abgelaufen ist.

(8) Wenn Sie Leistungen aus der Pflegerenten-Versicherung beantragen, haben Sie das Recht, bis zur endgültigen Entscheidung über unsere Leistungspflicht die zinslose Stundung der Beiträge zu verlangen.

Stellt sich heraus, dass die Leistungsvoraussetzungen nicht vorliegen, sind die gestundeten Beiträge unverzinst nachzuzahlen. Diese können Sie in Form einer einmaligen Zahlung oder in maximal 24 Monatsraten nachentrichten. Sofern Sie es wünschen und dies tariflich möglich ist, kann der Ausgleich auch durch eine Verrechnung mit dem vorhandenen Deckungskapital erfolgen. Hierbei können Sie zwischen einer Verringerung der Versicherungsleistungen oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

Bei festgestellter Leistungspflicht zahlen wir zuviel gezahlte Beiträge zurück.

(9) Bei Vereinbarung einer Karenzzeit für die Pflegerente entsteht Ihr Anspruch auf Rente zum Ablauf der Karenzzeit,

gerechnet vom Ende des Monats, in dem die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist.

Die Karenzzeit gilt nicht für die Beitragsbefreiung.

(10) Ist eine Karenzzeit vereinbart, der Leistungsfall eingetreten und der Anspruch auf Rentenleistung gemäß Absatz 7 Satz 2 erloschen, setzt ein erneuter Leistungsfall keine neue Karenzzeit in Gang.

(11) Bei Vereinbarung einer Einmalleistung bei Pflegebedürftigkeit entsteht Ihr Anspruch auf die Einmalleistung, sobald nach der vereinbarten Leistungsstaffel ein Anspruch auf Zahlung einer Pflegerente besteht. Die Einmalleistung wird auch dann in voller Höhe gewährt, sofern nach der jeweiligen Leistungsstaffel die Pflegerente nur anteilig gezahlt wird. Die Einmalleistung wird zusammen mit der ersten Pflegerentenzahlung fällig.

(12) Außer den im Versicherungsschein ausgewiesenen garantierten Leistungen erhalten Sie weitere Leistungen aus der Überschussbeteiligung (siehe § 4).

(13) Sobald der Eintritt der Pflegebedürftigkeit gemäß § 2 Abs. 1 absehbar ist und Sie uns dies nachvollziehbar dargelegt haben - auch ohne Nachweis gemäß § 2 Abs. 4 -, können Sie folgende Assistance-Leistungen in Anspruch nehmen:

- Telefonische Erstberatung, bei der Ihre persönliche Pflegesituation besprochen und über die ersten Schritte bei Eintritt einer Pflegebedürftigkeit informiert wird,
- Vermittlung und Organisation eines Pflegedienstes und sonstiger pflegenaher Hilfe- und Dienstleistungen innerhalb der Bundesrepublik Deutschland.

Ein Anspruch auf die Übernahme der Kosten für die vermittelten und organisierten Dienste besteht nicht. Darüber hinaus bewirkt das Erbringen einer Assistance-Leistung noch keinen Anspruch auf weitere Leistungen aus dieser Versicherung.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

(1) Pflegebedürftigkeit liegt vor,

- a) wenn die versicherte Person infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls so hilflos ist, dass sie für mindestens drei der in Absatz 2 genannten Verrichtungen - auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel - täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf,
- b) oder wenn Autonomieverlust infolge Demenz gemäß Absatz 3 vorliegt.

Einstufung nach dem Punktesystem

(2) Bei der Bewertung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 1 Buchst. a wird die nachstehende Punkte-tabelle zugrunde gelegt:

Mobilität 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - nur mit Unterstützung einer anderen Person in der Lage ist, sich auf ebenem Grund in Räumen fortzubewegen.

An- und Auskleiden 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - die Hilfe einer anderen Person benötigt, um sich an- oder auszukleiden

und ggf. ein medizinisches Korsett oder eine Prothese anzulegen und zu befestigen.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - zubereitete und servierte Mahlzeiten nicht ohne Hilfe einer anderen Person zu sich nehmen kann.

Körperpflege 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Hilfe einer anderen Person beim Waschen, bei der Zahnreinigung, beim Kämmen und beim Rasieren benötigt.

Baden und Duschen 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn sich die versicherte Person ohne die Hilfe einer anderen Person weder baden noch duschen kann.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt

Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person die Unterstützung einer anderen Person benötigt, weil

- sie sich nach dem Stuhlgang nicht allein säubern kann,
- sie ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettenschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht allein eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln oder speziellen Einlagen ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor.

Autonomieverlust infolge Demenz

(3) Autonomieverlust infolge Demenz liegt vor, wenn die versicherte Person infolge einer demenzbedingten Hirnleistungsstörung

- tägliche Beaufsichtigung oder Anleitung bei mindestens 4 der in Absatz 2 aufgeführten Verrichtungen des täglichen Lebens benötigt oder
- kontinuierliche Beaufsichtigung benötigt, weil sie sich oder andere sonst in erheblichem Umfang gefährden würde.

Als Demenz im Sinne dieser Bedingungen gelten „mittelschwere Leistungseinbußen“ ab dem Schweregrad 5, ermittelt über die Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg, oder ab einem entsprechenden Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala.

Nachweis der Pflegebedürftigkeit

(4) Die Pflegebedürftigkeit ist uns ärztlich nachzuweisen.

Die Diagnose einer demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden.

Eine Entscheidung eines Versicherungsträgers der gesetzlichen Pflegepflichtversicherung allein bewirkt keinen Leistungsanspruch.

§ 3 Welche Leistungen erbringen wir im Todesfall?

(1) Ist eine Todesfalleistung vereinbart, zahlen wir eine garantierte Todesfalleistung, wenn die versicherte Person stirbt und von uns noch keine Pflegerentenleistungen anerkannt worden sind.

Bei Versicherungen mit laufender Beitragszahlung leisten wir die vereinbarte, im Versicherungsschein dokumentierte Summe.

Bei Versicherungen gegen Einmalbeitrag ist die Höhe der Leistung abhängig vom Zeitpunkt des Todes. Sie entspricht im ersten Jahr der Versicherung dem gezahlten Einmalbeitrag und fällt zu Beginn jedes folgenden Versicherungsjahres um den gleichen Betrag, bis sie ab dem Versicherungsjahr, das in dem Kalenderjahr beginnt, in dem die versicherte Person das 85. Lebensjahr vollendet, Null beträgt.

Zusätzlich kann vereinbart werden, dass eine garantierte Todesfalleistung fällig wird, wenn die versicherte Person nach Anerkenntnis einer Pflegerentenleistung stirbt. In diesem Fall leisten wir die vereinbarte, im Versicherungsschein dokumentierte Summe.

Unsere Leistungspflicht besteht unabhängig davon, auf welcher Ursache der Todesfall beruht.

(2) Sofern keine Todesfalleistung vereinbart ist und die versicherte Person stirbt ohne pflegebedürftig geworden zu sein, wird - ggf. bis auf die Auszahlung der angesammelten Überschüsse gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. b Ziff. 2 oder 3 - keine Versicherungsleistung fällig.

§ 4 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

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 Handelsgesetzbuches ermittelt und jährlich im Rahmen unseres Jahresabschlusses festgestellt. Die Bewertungsreserven werden dabei im Anhang des Geschäftsberichtes ausgewiesen. Der Jahresabschluss wird von einem unabhängigen Wirtschaftsprüfer geprüft und ist unserer Aufsichtsbehörde einzureichen.

(1) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer

(a) Überschüsse entstehen dann, wenn die Aufwendungen für das Pflegerisiko und die Kosten niedriger sind, als bei der Tarifikalkulation angenommen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) angemessen beteiligt und zwar nach derzeitiger Rechtslage am Risikoergebnis (Pflegerisiko) grundsätzlich zu mindestens 90 % und am übrigen Ergebnis (einschließlich Kosten) grundsätzlich zu mindestens 50 % (§ 4 Abs. 4 und 5, § 5 Mindestzuführungsverordnung).

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

(b) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben deshalb gleichartige Versicherungen zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir beispielsweise, um das versicherte Risiko wie das Todesfall- oder Berufsunfähigkeitsrisiko zu berücksichtigen. Die Verteilung des Überschusses für die Versicherungsnehmer auf die einzelnen Bestandsgruppen orientiert sich daran, in welchem Umfang sie zu seiner Entstehung beigetragen haben.

Den Überschuss führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit er nicht in Form der so genannten 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 § 140 Abs. 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen, soweit die Rückstellung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Abs. 1 VAG können wir die Rückstellung im Interesse der Versicherungsnehmer auch zur Abwendung eines drohenden Notstandes, zum Ausgleich unvorhersehbarer Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen, die auf allgemeine Änderungen der Verhältnisse zurückzuführen sind oder - sofern die Rechnungsgrundlagen aufgrund einer unvorhersehbaren und nicht nur vorübergehenden Änderung der Verhältnisse angepasst werden müssen - zur Erhöhung der Deckungsrückstellung heranziehen.

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen in der Bilanz ausgewiesen sind. Die Bewertungsreserven sorgen für Sicherheit und dienen dazu, kurzfristige Ausschläge an den Kapitalmärkten auszugleichen. Ein Teil der Bewertungsreserven fließt den Versicherungsnehmern gemäß § 153 Abs. 3 VVG nach dem in Abs. 2 Buchst. c beschriebenen Verfahren zu. Die Bewertungsreserven werden jährlich im Geschäftsbericht ausgewiesen, unterjährig aktualisiert und am Monatsanfang zur Verteilung festgelegt. Aufsichtsrechtliche Regelungen zur Kapitalausstattung bleiben unberührt.

(2) Grundsätze und Maßstäbe für die Überschussbeteiligung Ihres Vertrags

(a) Ihre Versicherung erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, die in Ihrem Versicherungsschein genannt ist. Die Überschussanteilsätze werden jedes Jahr vom Vorstand unseres Unternehmens auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars festgelegt. Wir veröffentlichen sie in unserem Geschäftsbericht, den Sie auf unserer Internetseite finden können.

Die Bemessungsgrößen für die Überschussanteilsätze und für die Beteiligung an den Bewertungsreserven werden nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik ermittelt. Die dafür geltenden Rechnungsgrundlagen liegen der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (Bereich Versicherungen) vor.

(b) Überschusszuteilung und Überschussverwendung ab Rentenbeginn

Vor Beginn der Rentenzahlung werden die Überschussanteile nach Ablauf einer Wartezeit zum Ende eines jeden Versicherungsjahres zuteilt.

Die laufenden Überschussanteile können je nach Vereinbarung insbesondere wie folgt alternativ verwendet werden:

1. Sie können zur Erhöhung der Rentenleistung verwendet werden. Dabei wird ein Teil der Überschussanteile zur Erhöhung des Pflegefallbonus (Buchst. d) verwendet und aus den übrigen Überschussanteilen wird eine zusätzliche beitragsfreie Rente (Bonusrente) gebildet, die zusammen mit der vereinbarten Rente fällig wird. Für die Bonusrente gilt die vereinbarte Leistungsstaffel (§ 1 Abs. 1 Buchst. a) und Karenzzeit (§ 1 Abs. 9 und 10). Die Bonusrente erhöht sich mit jeder Überschusszuteilung und ist ab der Zuteilung jeweils garantiert. Wir sind berechtigt, bei der Berechnung der Erhöhung die zum Zuteilungszeitpunkt für Neuabschlüsse gültigen Rechnungsgrundlagen zu verwenden.
2. Sie können verzinslich angesammelt werden. Die angesammelten Überschüsse werden mit der ersten Rentenzahlung, spätestens bei Beendigung der Versicherung (Kündigung, Tod der versicherten Person) ausgezahlt.
3. Sie können zum Kauf von Fondsanteilen verwendet und als Fondsvermögen geführt werden. Das aus Überschüssen angesammelte Fondsguthaben wird mit der ersten Rentenzahlung, spätestens bei Beendigung der Versicherung (Kündigung, Tod der versicherten Person) ausgezahlt.

Wir werden Sie jährlich über den Stand der Überschussbeteiligung informieren, sobald sich der Wert der bereits zuteilten Überschussanteile geändert hat.

(c) Beteiligung an den Bewertungsreserven

Für Ihren Vertrag wird eine Bemessungsgröße berechnet, die widerspiegelt in welchem Umfang Ihr Vertrag zur Bildung der Bewertungsreserven beigetragen hat. Ihrem Vertrag wird rechnerisch der Anteil der Bewertungsreserven zugeordnet, der dem Anteil seiner Bemessungsgröße an der Summe der Bemessungsgrößen aller anspruchsberechtigten Verträge entspricht. Bei Beendigung der Versicherung, spätestens zum Rentenbeginn, wird Ihrem Vertrag die Hälfte dieses Betrags zugeteilt; auf die andere Hälfte haben Sie keinen Anspruch. Der Zuteilungsbetrag wird bei Beendigung der Versicherung ausgezahlt bzw. bei Rentenbeginn wie laufende Überschüsse verwendet. Auch während des Rentenbezugs werden wir Sie an den Bewertungsreserven beteiligen.

Da die Bewertungsreserven auch kurzfristig starken Schwankungen bis hin zur vollständigen Auflösung unterliegen können, ist eine Prognose der Höhe der Zuteilung aus den Bewertungsreserven nicht möglich.

(d) Pflegefallbonus

Bei Beginn der Rentenzahlung wird ein zusätzlicher Pflegefallbonus fällig, der die Rente und - sofern vereinbart - die Einmalleistung bei Pflegebedürftigkeit erhöht.

Da er im Gegensatz zu den laufenden Überschussanteilen nicht jährlich zugeteilt wird, entscheidet sich die Höhe der Zusatzleistung erst bei Rentenbeginn anhand des dann deklarierten Anteilsatzes.

Der Pflegefallbonus kann teilweise oder auch ganz entfallen und zum Ausgleich von Schwankungen im Zins-, Risiko- und Kostenverlauf verwendet werden.

Ab Rentenbeginn ist die Höhe der Zusatzrente aus dem Pflegefallbonus aber garantiert. Für sie gilt die vereinbarte Leistungsstaffel (§ 1 Abs. 1 Buchst. a) und Karenzzeit (§ 1 Abs. 9 und 10).

(e) Überschussverwendung während des Rentenbezugs

Pflegerenten-Versicherungen im Rentenbezug erhalten nach mindestens einjähriger Zahlungsdauer zum Ende

eines jeden Versicherungsjahres laufende Überschussanteile. Diese werden für beitragsfreie Zusatzrenten verwendet und erhöhen so die vereinbarte Rente.

(3) Information über die Höhe der Überschussbeteiligung

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab. Diese sind nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar. Einflussfaktoren sind die Zinsentwicklung des Kapitalmarkts sowie die Entwicklung des versicherten Risikos und der Kosten. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch null Euro betragen.

§ 5 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

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 Zahlung des Einlösungsbeitrags (siehe § 17 Abs. 2 und § 18 Abs. 2).

§ 6 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

(1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu der Pflegebedürftigkeit (siehe § 1 und § 2) oder zum Todesfall (siehe § 3) gekommen ist.

(2) Soweit nichts anderes vereinbart ist, erbringen wir keine Leistungen gemäß § 1 Abs. 1, wenn die Ansprüche unmittelbar oder mittelbar verursacht sind:

- a) durch vorsätzliche Ausführung oder den strafbaren Versuch eines Verbrechens oder Vergehens durch die versicherte Person. Einfach und grob fahrlässige Verstöße (z. B. im Straßenverkehr) sind davon nicht betroffen;
- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch Kriegsereignisse (diese Einschränkung unserer Leistungspflicht gilt nicht, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen pflegebedürftig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war);
- d) durch absichtliche Herbeiführung von Krankheit oder Kräfteverfall, absichtliche Selbstverletzung oder versuchte Selbsttötung. Wenn uns jedoch nachgewiesen wird, dass diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen worden sind, werden wir leisten;
- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer vorsätzlich die Erwerbsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben;
- f) durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder den vorsätzlichen Einsatz oder die vorsätzliche Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen, sofern mit dem Einsatz oder der Freisetzung eine nicht vorhersehbare Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen derart verbunden ist, dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist und dies von einem unabhängigen Treuhänder bestätigt wird.

§ 7 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung?

Vorvertragliche Anzeigepflicht

(1) Sie sind bis zur Abgabe Ihrer Vertragserklärung verpflichtet, alle Ihnen bekannten gefahrerheblichen Umstände, nach denen wir in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) 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.

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

(2) Soll das Leben einer anderen Person versichert werden, ist auch diese - neben Ihnen - zu wahrheitsgemäßer und vollständiger Beantwortung der Fragen verpflichtet.

(3) Wenn eine andere Person die Fragen nach gefahrerheblichen Umständen für Sie beantwortet und wenn diese Person den gefahrerheblichen Umstand kennt oder arglistig handelt, werden Sie so behandelt, als hätten Sie selbst davon Kenntnis gehabt oder arglistig gehandelt.

Rechtsfolgen der Anzeigepflichtverletzung

(4) Nachfolgend informieren wir Sie, unter welchen Voraussetzungen wir bei einer Verletzung der Anzeigepflicht

- vom Vertrag zurücktreten,
- den Vertrag kündigen,
- den Vertrag ändern oder
- den Vertrag wegen arglistiger Täuschung anfechten können.

Rücktritt

(5) Wenn die vorvertragliche Anzeigepflicht verletzt wird, können wir vom Vertrag zurücktreten. Das Rücktrittsrecht besteht nicht, wenn weder eine vorsätzliche noch eine grob fahrlässige Anzeigepflichtverletzung vorliegt. Selbst wenn die Anzeigepflicht grob fahrlässig verletzt wird, haben wir trotzdem kein Rücktrittsrecht, falls wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

(6) Im Fall des Rücktritts haben Sie keinen Versicherungsschutz. Wenn wir nach Eintritt des Versicherungsfalles zurücktreten, bleibt unsere Leistungspflicht unter folgender Voraussetzung trotzdem bestehen: Die Verletzung der Anzeigepflicht bezieht sich auf einen gefahrerheblichen Umstand, der

- weder für den Eintritt oder die Feststellung des Versicherungsfalles
- noch für die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ursächlich war.

Unsere Leistungspflicht entfällt jedoch auch im vorstehend genannten Fall, wenn die Anzeigepflicht arglistig verletzt worden ist.

(7) Wenn der Vertrag durch Rücktritt aufgehoben wird, erlischt er, ohne dass ein Rückkaufswert anfällt. Die Rückzahlung der Beiträge können Sie nicht verlangen.

Kündigung

(8) Wenn unser Rücktrittsrecht ausgeschlossen ist, weil die Verletzung der Anzeigepflicht weder vorsätzlich noch grob

fahrlässig erfolgt ist, können wir den Vertrag unter Einhaltung einer Frist von einem Monat kündigen.

(9) Unser Kündigungsrecht ist ausgeschlossen, wenn wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefährlichen Umstände geschlossen hätten.

Darüber hinaus verzichten wir auf unser Kündigungsrecht, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich nach Maßgabe des § 19 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsänderung

(11) Können wir nicht zurücktreten oder kündigen, weil wir den Vertrag - möglicherweise zu anderen Bedingungen (z. B. höherer Beitrag oder eingeschränkter Versicherungsschutz) - auch bei Kenntnis der nicht angezeigten gefährlichen Umstände geschlossen hätten (Absatz 5 Satz 3 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil.

Wir verzichten auf das Recht den Vertrag anzupassen, wenn Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten haben.

(12) Sie können den Vertrag innerhalb eines Monats, nachdem Sie unsere Mitteilung über die Vertragsänderung erhalten haben, fristlos kündigen, wenn

- wir im Rahmen einer Vertragsänderung den Beitrag um mehr als 10 % erhöhen oder
- wir die Gefahrabsicherung für einen nicht angezeigten Umstand ausschließen.

Auf dieses Recht werden wir Sie in der Mitteilung über die Vertragsänderung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

(13) 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.

(14) Wir haben kein Recht zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

(15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung nur innerhalb eines Monats 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 angeben, wenn für diese die Frist nach Satz 1 nicht verstrichen ist.

(16) Nach Ablauf von fünf Jahren seit Vertragsschluss erlöschen unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsänderung. Ist der Versicherungsfall vor Ablauf dieser Frist eingetreten, können wir die Rechte auch nach Ablauf der Frist geltend machen. Ist die Anzeigepflicht vorsätzlich oder arglistig verletzt worden, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

(17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere Entscheidung zur Annahme des Vertrags durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beein-

flusst worden ist. Handelt es sich um Angaben der versicherten Person, können wir Ihnen gegenüber die Anfechtung erklären, auch wenn Sie von der Verletzung der vorvertraglichen Anzeigepflicht keine Kenntnis hatten. Absatz 7 gilt entsprechend.

Leistungserweiterung und Wiederherstellung der Versicherung

(18) Die Absätze 1 bis 17 gelten entsprechend, wenn der Versicherungsschutz nachträglich erweitert oder wiederhergestellt wird und deshalb eine erneute Risikoprüfung vorgenommen wird. Die Fristen nach Absatz 16 beginnen mit der Änderung oder Wiederherstellung des Vertrags bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

(19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsänderung sowie zur Anfechtung üben wir durch eine schriftliche Erklärung aus, die wir Ihnen gegenüber abgeben. Sofern Sie uns keine andere Person als Bevollmächtigten benannt haben, gilt nach Ihrem Tod ein Bezugsberechtigter als bevollmächtigt, diese Erklärung entgegenzunehmen. Ist kein Bezugsberechtigter vorhanden oder kann sein Aufenthalt nicht ermittelt werden, können wir den Inhaber des Versicherungsscheins als bevollmächtigt ansehen, die Erklärung entgegenzunehmen.

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

§ 8 Welche Mitwirkungspflichten sind zu beachten, wenn Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit oder Todesfalleleistungen verlangt werden?

(1) Werden Leistungen aus dieser Versicherung wegen Pflegebedürftigkeit verlangt, sind uns unverzüglich auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Unterlagen einzureichen:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
- b) ausführliche Berichte der Ärzte und anderer Heilbehandler, die die versicherte Person gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens sowie über Art und den Umfang einer Pflegebedürftigkeit;
- c) eine Bescheinigung der Person oder Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft nach § 22 vorgelegt wird.

(2) Wir können außerdem weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte unabhängige Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen, insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen auch über den Gesundheitszustand der versicherten Person vor oder nach Ihrer Vertragserklärung.

In diesem Fall übernehmen wir alle Kosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen entstehen (z. B. Untersuchungs-, Reise- und Unterbringungskosten).

Die versicherte Person hat Ärzte, Krankenhäuser, sonstige Krankenanstalten, Pflegeheime, bei denen sie in Behandlung oder Pflege - auch vor Ihrer Vertragserklärung - war oder sein wird, sowie Pflegepersonen, andere Personenversicherer, gesetzliche Krankenkassen, Berufsgenossenschaften und Behörden zu ermächtigen, uns auf Verlangen Auskunft zu erteilen.

(3) Die in Absatz 2 genannten Untersuchungen und Nachweise können zur Erhebung personenbezogener Gesundheitsdaten führen. Wir werden Sie vor einer solchen Erhebung unterrichten. Sie haben das Recht, dieser Erhebung zu widersprechen. Ihr Widerspruch kann dazu führen, dass Sie Ihre Mitwirkungspflicht verletzen (§ 12) oder uns nicht alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen vorliegen (§ 9 Abs. 1).

(4) Lässt die versicherte Person operative Behandlungen, die der untersuchende oder behandelnde Arzt anordnet, um die Heilung zu fördern oder die Pflegebedürftigkeit zu mindern, nicht durchführen, steht dies einer Anerkennung der Leistungen dieser Versicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings aufgrund der allgemeinen gesetzlichen Schadensminderungspflicht verpflichtet, zumutbaren ärztlichen Anweisungen zur Besserung ihrer gesundheitlichen Verhältnisse Folge zu leisten. Zumutbar sind dabei Maßnahmen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die außerdem Aussicht auf zumindest Besserung (bis zur Leistungsgrenze) bieten. Hierbei handelt es sich um Maßnahmen wie z. B. die Verwendung von orthopädischen oder anderen Heil- und Hilfsmitteln (z. B. Tragen von Prothesen, Verwendung von Seh- und Hörhilfen).

(5) Wird eine Erhöhung der Pflegerente wegen einer Erhöhung des Umfangs der Pflegebedürftigkeit verlangt (betrifft die Leistungsstaffeln 2, 3 und 4, siehe § 1 Abs. 1 Buchst. a), gelten die Absätze 1 bis 4 sinngemäß.

(6) Wir können vor jeder Rentenzahlung ein Zeugnis darüber verlangen, dass die versicherte Person noch lebt. Der Tod der versicherten Person ist uns unverzüglich anzuzeigen.

(7) Sofern eine Todesfalleistung vereinbart ist (siehe § 3 Abs. 1) erbringen wir Leistungen gegen Vorlage des Versicherungsscheins. Außer dem Versicherungsschein sind uns auf Kosten des Ansprucherhebenden einzureichen

- eine amtliche, Alter und Geburtsort enthaltende Sterbeurkunde und
- ein ausführliches, ärztliches oder amtliches Zeugnis über die Todesursache sowie über Beginn und Verlauf der Krankheit, die zum Tod der versicherten Person geführt hat.

Zur Klärung unserer Leistungspflicht können wir auf unsere Kosten notwendige weitere Nachweise und Auskünfte verlangen und erforderliche Erhebungen selbst anstellen.

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

(1) Nach Vorliegen aller für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen erklären wir innerhalb von 8 Arbeitstagen in Textform, ob, in welchem Umfang und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen. Während der Prüfung werden wir Sie regelmäßig, mindestens monatlich, über den Sachstand informieren und fehlende Unterlagen unverzüglich anfordern.

(2) Grundsätzlich sprechen wir keine zeitlich begrenzten Anerkenntnisse aus. Nur in begründeten Einzelfällen, in denen einem endgültigen Anerkenntnis wichtige Gründe entgegenstehen, können wir jedoch einmalig und maximal für die Dauer von 12 Monaten ein zeitlich begrenztes Anerkenntnis aussprechen. Ein solcher Fall kann insbesondere vorliegen, wenn aus medizinischen Gründen ein Ende der Pflegebedürftigkeit abzusehen ist oder die vorliegenden Befunde noch nicht ausreichen, um ein unbefristetes Aner-

kenntnis auszusprechen. Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich begrenzte Anerkenntnis für uns bindend.

(3) Wenn derjenige, der den Anspruch auf die Versicherungsleistung geltend macht, mit unserer Leistungsentscheidung nicht einverstanden ist, hat er die Möglichkeit, dagegen rechtlich vorzugehen. Beachten Sie bitte hierbei wie bei allen Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, dass diese in drei Jahren verjähren. Es gelten die zivilrechtlichen Verjährungsregeln der §§ 194ff des Bürgerlichen Gesetzbuches.

§ 10 Was gilt für die Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit?

(1) Nach Anerkennung oder Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit und ihren Umfang nachzuprüfen; dies gilt nicht für zeitlich begrenzte Anerkenntnisse.

(2) Zur Nachprüfung können wir auf unsere Kosten jederzeit sachdienliche Auskünfte und einmal jährlich umfassende Untersuchungen der versicherten Person durch von uns zu beauftragende unabhängige Ärzte verlangen. § 8 Abs. 3 gilt entsprechend.

(3) Sie sind verpflichtet, uns unverzüglich mitzuteilen:
a) eine Änderung des Hilfebedarfs der versicherten Person bei den in § 2 Abs. 2 genannten Verrichtungen,
b) einen Auslandsaufenthalt von mehr als drei vollen Kalendermonaten (vgl. § 1 Abs. 6).

(4) Hat sich die Art der Pflegebedürftigkeit geändert bzw. ihr Umfang gemindert, setzen wir gemäß § 1 Abs. 7 ggf. unsere Leistung herab oder stellen sie ein; entsprechend kann Ihre Beitragszahlungspflicht wieder beginnen.

Die Einstellung oder Minderung unserer Leistungen und den Wiederbeginn der Beitragszahlungspflicht legen wir Ihnen in Textform dar und teilen sie dem Anspruchsberechtigten in Textform mit. Die Einstellung oder Minderung unserer Leistungen wird mit dem Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen wirksam. Zu diesem Zeitpunkt muss ggf. auch die Beitragszahlung wieder aufgenommen werden.

§ 11 Wann erhalten Sie Wiedereingliederungshilfe?

Wenn die Rentenzahlung gemäß § 1 Abs. 7 Satz 2 endet, weil sich der Umfang der Pflegebedürftigkeit gemindert hat, zahlen wir als Wiedereingliederungshilfe einen einmaligen Betrag in Höhe von drei Monatsrenten, höchstens 3.000 Euro.

Eine Wiedereingliederungshilfe wird während der Laufzeit des Vertrags höchstens einmal gewährt.

§ 12 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Eintritt der Pflegebedürftigkeit oder im Todesfall?

Solange eine Mitwirkungspflicht im Anspruchsfall (§ 8) oder bei Nachprüfung der Pflegebedürftigkeit (§ 10) von Ihnen, der versicherten Person oder dem Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, sind wir von der Verpflichtung zur Leistung frei. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden 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.

§ 13 Was gilt bei erhöhtem Leistungsbedarf?

(1) Wir sind nach § 163 VVG zu einer Neufestsetzung der vereinbarten Prämie berechtigt, wenn

1. sich der Leistungsbedarf nicht nur vorübergehend und nicht voraussehbar gegenüber den Rechnungsgrundlagen der vereinbarten Prämie geändert hat,
2. die nach den berichtigten Rechnungsgrundlagen neu festgesetzte Prämie angemessen und erforderlich ist, um die dauernde Erfüllbarkeit der Versicherungsleistung zu gewährleisten und
3. ein unabhängiger Treuhänder die Rechnungsgrundlagen und die Voraussetzungen der Ziffern 1 und 2 überprüft und bestätigt hat.

Eine Neufestsetzung der Prämie ist insoweit ausgeschlossen, als die Versicherungsleistungen zum Zeitpunkt der Erst- oder Neukalkulation unzureichend kalkuliert waren und ein ordentlicher und gewissenhafter Aktuar dies insbesondere anhand der zu diesem Zeitpunkt verfügbaren statistischen Kalkulationsgrundlagen hätte erkennen müssen.

(2) Der Versicherungsnehmer kann verlangen, dass anstelle einer Erhöhung der Prämie nach Absatz 1 die Versicherungsleistung entsprechend herabgesetzt wird.

(3) Bei beitragsfreien Versicherungen - aber nur vor Eintritt der Pflegebedürftigkeit - sind wir entsprechend den Voraussetzungen des Absatzes 1 dazu berechtigt, die Versicherungsleistung zu senken. Der Versicherungsnehmer hat in diesem Fall das Recht, die Versicherungsleistung ohne erneute Gesundheitsprüfung durch eine Zuzahlung auf den Wert vor der Anpassung anzuheben.

(4) Wir werden Ihnen die Neufestsetzung der Prämie und die Herabsetzung der Versicherungsleistung mitteilen und dabei die maßgeblichen Gründe für die Änderung darstellen. Zu Beginn des zweiten, auf die Mitteilung folgenden Monats werden die Änderungen wirksam.

(5) Ist eine Bestimmung in diesen Versicherungsbedingungen des Versicherers durch höchstrichterliche Entscheidung oder durch bestandskräftigen Verwaltungsakt für unwirksam erklärt worden, können wir sie durch eine neue Regelung ersetzen, wenn dies zur Fortführung des Vertrags notwendig ist oder wenn das Festhalten an dem Vertrag ohne neue Regelung für eine Vertragspartei auch unter Berücksichtigung der Interessen der anderen Vertragspartei eine unzumutbare Härte darstellen würde. Die neue Regelung ist nur wirksam, wenn sie unter Wahrung des Vertragsziels die Belange der Versicherungsnehmer angemessen berücksichtigt.

(6) Die neue Regelung nach Absatz 5 wird zwei Wochen, nachdem wir Ihnen die neue Regelung und die hierfür maßgeblichen Gründe mitgeteilt haben, Vertragsbestandteil.

§ 14 Welche Bedeutung hat die Nachversicherungsgarantie?

(1) Sie haben das Recht, die Anwartschaft auf Pflegerente während der Beitragszahlungsdauer zu bestimmten Zeit-

punkten unter den nachfolgend genannten Bedingungen ohne erneute Gesundheitsprüfung zu erhöhen. Diese Erhöhung kann vorgenommen werden bei

- a) Heirat der versicherten Person,
- b) Scheidung der versicherten Person,
- c) Tod des Ehegatten der versicherten Person,
- d) Beginn des Bezugs von Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung durch den Ehegatten der versicherten Person,
- e) Geburt eines Kindes der versicherten Person,
- f) Adoption eines Kindes durch die versicherte Person,
- g) Karrieresprung der versicherten Person, wenn dieser zu einer Erhöhung des regelmäßigen jährlichen Bruttoeinkommens um mindestens 10 % führt (z. B. Gehaltserhöhung, Wechsel des Arbeitgebers, Beförderung oder nach Abschluss einer beruflichen Qualifikation wie Berufsabschluss, Studium, Meisterbrief, Promotion).

Die Buchstaben a) bis d) gelten für eingetragene Lebenspartnerschaften nach dem Lebenspartnerschaftsgesetz entsprechend.

(2) Sie müssen dieses Recht innerhalb von sechs Monaten seit Eintritt des Ereignisses ausüben.

(3) Die Nachversicherungsgarantie besteht nicht, sofern die versicherte Person das 67. Lebensjahr bereits vollendet hat, für die versicherte Person bereits Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegepflichtversicherung oder einer privaten Pflegeversicherung beantragt worden sind, die versicherte Person schwerbehindert ist oder ein Antrag auf Anerkennung der Schwerbehinderung gestellt worden ist.

(4) Für die Erhöhung gelten folgende Obergrenzen:

- durch die Erhöhung darf die insgesamt bei uns vereinbarte Pflegerente 2.500 Euro monatlich nicht übersteigen,
- für jedes Ereignis gemäß Absatz 1 darf die Erhöhung für alle bei uns bestehenden Pflegeversicherungen in der Summe 20 % der zuvor vereinbarten monatlichen Pflegerente nicht überschreiten.

(5) Für die Erhöhungen im Rahmen der Nachversicherungsgarantie gelten die zum Nachversicherungszeitpunkt gültigen Tarife und Versicherungsbedingungen. Sie können nur den Tarif wählen, dessen Leistungsumfang dem Ihrer Versicherung am nächsten kommt. Der Beitrag richtet sich nach dem von Ihnen gewählten Tarif und der Risikoeinstufung (insbesondere Risikozuschläge und Leistungsauschlüsse) des zuletzt abgeschlossenen Vertrags.

(6) Sofern der Pflegefallbonus gemäß § 4 Abs. 2 Buchst. d durch eine Verminderung der Überschussanteile sinkt, haben Sie das Recht die Pflegerente ohne erneute Gesundheitsprüfung bis zu der vor der Überschussenkung gültigen Höhe aufzustocken, sofern noch keine Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt wurden, noch keine Pflegebedürftigkeit eingetreten ist oder Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit erbracht wurden oder werden.

(7) Wir können für das Vorliegen der jeweiligen Voraussetzungen aus Absatz 1 geeignete Nachweise verlangen.

§ 15 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

(1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) übermitteln. Stellen wir diesen als Dokument in Papierform aus, dann liegt eine Urkunde vor. Sie können die Ausstellung als Urkunde verlangen.

(2) Den Inhaber der Urkunde 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 der Urkunde seine Berechtigung nachweist.

§ 16 Wer erhält die Versicherungsleistung?

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

(2) Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und unwiderruflich die Ansprüche aus dem Versicherungsvertrag erwerben soll. Wir werden Ihnen schriftlich bestätigen, dass der Widerruf des Bezugsrechts ausgeschlossen ist. Sobald Ihnen unsere Bestätigung zugegangen ist, kann das bis zu diesem Zeitpunkt noch widerrufliche Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des von Ihnen Benannten aufgehoben werden.

(3) Die Einräumung und der Widerruf eines widerruflichen Bezugsrechts (vgl. Absatz 1) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) angezeigt worden sind. Der bisherige Berechtigte sind im Regelfall Sie; es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits vorher Verfügungen vorgenommen haben.

Das Gleiche gilt für die Abtretung und Verpfändung von Ansprüchen aus dem Versicherungsvertrag, soweit derartige Verfügungen überhaupt rechtlich möglich sind.

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

§ 17 Was haben Sie bei der Beitragszahlung zu beachten?

(1) Die Beiträge zu Ihrer Versicherung können Sie je nach Vereinbarung in einem einzigen Betrag (Einmalbeitrag), durch Monats-, Vierteljahres-, Halbjahres- oder Jahresbeiträge (laufende Beiträge) entrichten. Die Versicherungsperiode umfasst bei Einmalbeitrags- und Jahreszahlungen ein Jahr, bei unterjähriger 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) Die Übermittlung Ihrer Beiträge erfolgt auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten.

(5) Sofern Sie aufgrund länger anhaltender Zahlungsschwierigkeiten Beiträge zu Ihrer Versicherung nicht mehr zahlen können und der Versicherungsschutz aus dem Vertrag noch unverändert besteht, haben Sie neben der Kündigung oder Beitragsfreistellung folgende Möglichkeiten:

- Stundung/Teilstundung
Sie können für maximal ein Jahr eine Stundung oder Teilstundung der Beiträge unter Aufrechterhaltung des vollen Versicherungsschutzes verlangen, wenn der Vertrag einen Rückkaufswert in Höhe der zu stundenden Beiträge aufweist. Im Falle von Arbeitslosigkeit oder Elternzeit prüfen wir, ob auch ein längerer Stundungszeitraum möglich ist.

Für die Stundung erheben wir Stundungszinsen. Die Höhe der Stundungszinsen richtet sich nach unseren zum Beginn der Stundung gültigen Zinssätzen.

Am Ende der Stundung können die gestundeten Beiträge in bis zu sechs Monatsraten nachgezahlt oder durch eine Vertragsänderung ausgeglichen werden.

Bei einer Vertragsänderung können Sie zwischen einer Reduzierung der Versicherungsleistung oder einer Erhöhung des Beitrags wählen.

- Aussetzung
Sie können mit uns für maximal ein Jahr die Aussetzung der Beitragszahlung unter Wegfall des Versicherungsschutzes vereinbaren. Nach Ablauf der Aussetzungsfrist leben die Beitragszahlungspflicht und der Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder auf. Aufgrund des dann höheren Alters ist nach der Aussetzungsfrist in der Regel ein höherer Beitrag zu zahlen. Während der Aussetzung finden evtl. vereinbarte planmäßige Erhöhungen von Beitrag und Leistung nicht statt.

- Beitragsurlaub
Werden die Überschüsse verzinslich angesammelt oder zum Kauf von Fondsanteilen verwendet (siehe § 4 Abs. 2 Buchst. b, Nr. 2 und 3), können Sie mit uns eine Verrechnung der fälligen Beiträge mit dem vorhandenen Überschussguthaben bzw. Fondsguthaben vereinbaren. Der Versicherungsschutz bleibt in diesem Fall in vollem Umfang bestehen.

(6) Bei Fälligkeit der Versicherungsleistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

(7) Bei beitragspflichtigen Verträgen können Sie durch eine Einmalzahlung die zukünftigen laufenden Beiträge bis auf den Mindestbeitrag (siehe § 19 Abs. 8) vermindern oder die laufende Beitragszahlung vorzeitig beenden. Die Versicherungsleistung bleibt dabei unverändert. Die Einmalzahlung muss mindestens 2.000 Euro betragen.

§ 18 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 Versicherungsvertrag 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 Kosten der zur Gesundheitsprüfung 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 Versiche-

nungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht besteht jedoch, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die Nichtzahlung nicht zu vertreten haben.

(3) Wenn ein Folgebeitrag oder ein sonstiger Betrag, den Sie aus dem Versicherungsverhältnis schulden, nicht rechtzeitig gezahlt worden ist oder nicht eingezogen werden konnte, erhalten Sie von uns auf Ihre Kosten eine Mahnung in Textform. 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 die Rechtsfolgen werden wir Sie in der Mahnung ausdrücklich hinweisen.

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

Kündigung und Auszahlung des Rückkaufswertes

(1) Sie können Ihren Vertrag

- mit Frist von einem Monat zum Schluss der Versicherungsperiode,
- bei beitragsfreien Versicherungen zu jedem Monatsende,

frühestens jedoch zum Schluss des ersten Versicherungsjahres in Textform (z. B. Brief, Fax, E-Mail) kündigen.

(2) Bei Kündigung zahlen wir - sofern vorhanden - den Rückkaufswert aus. Er setzt sich aus zwei Teilen zusammen:

- Sofern vor dem Kündigungszeitpunkt noch keine Versicherungsleistungen beantragt wurden und die versicherte Person das 85. Lebensjahr noch nicht vollendet hat, zahlen wir das um einen Abzug verminderte Garantieguthaben aus.

Bis zum Ende des Versicherungsjahres, in dem die versicherte Person das 70. Lebensjahr vollendet, beträgt der Abzug 25 %. Er steigt dann in den folgenden 15 Versicherungsjahren jährlich um 5 %-Punkte.

Ist eine Todesfalleistung gemäß § 3 vereinbart, so wird dieser Abzug nur auf den Teil des Garantieguthabens erhoben, der die zum Kündigungszeitpunkt gültige Todesfallsumme übersteigt. Auf das restliche Guthaben wird dann ein Abzug von 10 % erhoben.

Das Garantieguthaben (Deckungskapital) wird aus den vereinbarten Beiträgen abzüglich der Beiträge zur Deckung der Abschluss- und Verwaltungskosten und der rechnungsmäßigen Beiträge zur Deckung der Versicherungsfälle gebildet. Dabei wird eine Verzinsung von 0,9 % p. a. zugrunde gelegt.

Bei der Berechnung des Rückkaufswertes wird für beitragspflichtige Versicherungen jedoch mindestens der Betrag des Garantieguthabens zugrunde gelegt, der sich bei gleichmäßiger Verteilung der gemäß § 20 Abs. 4 angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt.

- Sofern die Überschüsse verzinslich oder in Fonds angesammelt werden (§ 4 Abs. 2 Buchst. b, Ziff. 2 und 3) wird der Zeitwert der bereits angesammelten Überschussanteile ausgezahlt.

Beitragsrückstände werden vom Rückkaufswert abgezogen.

Wenn Sie Ihren Vertrag kündigen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 20 Abs. 2 bis 7) sowie Verwaltungskosten (siehe § 20 Abs. 8 und 9) nur ein geringer Rückkaufswert vorhanden.

Da es sich um eine reine Risikoversicherung ohne Sparprozess für eine Erlebensfalleistung handelt, stehen nur geringe Beiträge für die Bildung des Garantieguthabens zur Verfügung. Der Rückkaufswert liegt daher auch in den Folgejahren in der Regel erheblich unter der Summe der eingezahlten Beiträge. Nähere Informationen zur Höhe des Rückkaufswertes können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(3) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Kündigung pflegebedürftig, bleiben Ansprüche aus der Versicherung aufgrund bereits vor Kündigung eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

(4) Anstelle einer Kündigung nach Absatz 1 können Sie unter Beachtung der dort genannten Termine und Fristen verlangen, von der Beitragszahlungspflicht befreit zu werden.

In diesem Fall setzen wir die Pflegerente auf eine beitragsfreie Rente herab, die nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode errechnet wird. Für die Bildung der beitragsfreien Pflegerente steht das Garantieguthaben gemäß Absatz 2, vermindert um einen Abzug in Höhe von 10 % sowie um rückständige Beiträge, zur Verfügung.

Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrags ist wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 20 Abs. 2 bis 7) sowie Verwaltungskosten (siehe § 20 Abs. 8 und 9) keine beitragsfreie Pflegerente vorhanden. Da es sich um eine reine Risikoversicherung ohne Sparprozess für eine Erlebensfalleistung handelt, stehen auch in den Folgejahren nur geringe Beiträge für die Bildung der beitragsfreien Pflegerente zur Verfügung. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Pflegerente können Sie Ihrem Versicherungsschein entnehmen.

(5) Haben Sie die Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 4 zu berechnende beitragsfreie Pflegerente den Mindestbetrag von 50 Euro monatlich nicht, wird der Rückkaufswert gemäß Absatz 2 ausgezahlt und die Versicherung erlischt.

(6) Ist die versicherte Person zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung pflegebedürftig, bleiben Ansprüche aufgrund bereits vor Beitragsfreistellung eingetretener Pflegebedürftigkeit unberührt.

Herabsetzung des Beitrags

(7) Anstelle der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung können Sie die Höhe der Beiträge reduzieren. Dabei gelten die in Absatz 1 genannten Termine und Fristen. Absatz 6 gilt entsprechend.

(8) Im Falle einer Reduzierung der Beiträge wird die vereinbarte Leistung herabgesetzt. Ihre Höhe wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik errechnet. Die Herabsetzung des Beitrags ist nur möglich, wenn

- die verbleibende Pflegerente 50 Euro monatlich nicht unterschreitet und
- der verbleibende Jahresbeitrag 150 Euro nicht unterschreitet.

Beitragsrückzahlung

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

Auszahlung der angesammelten Überschüsse

(10) Sofern die Überschüsse verzinslich oder in Fonds angesammelt werden (§ 4 Abs. 2 Buchst. b, Ziff. 2 und 3) können Sie sich den Zeitwert der bereits angesammelten Überschussanteile jederzeit auszahlen lassen, sofern ein entsprechender Wert überhaupt vorhanden ist.

Wiederinkraftsetzung

(11) Nach der Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung haben Sie für drei Jahre nach Wirksamwerden der Beitragsfreistellung einen Anspruch auf Wiederinkraftsetzung des Vertrags. Die Versicherung wird dann mit der vorher vereinbarten Versicherungsleistung fortgeführt. Der Beitrag wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik neu berechnet; bei einer Wiederinkraftsetzung innerhalb von sechs Monaten werden dabei die ursprünglichen Rechnungsgrundlagen verwendet, bei einer späteren Wiederinkraftsetzung können wir die dann für Neuverträge gültigen Rechnungsgrundlagen verwenden.

Aufgrund der Beitragslücke wird der Beitrag in beiden Fällen ggf. deutlich höher sein als vor der Beitragsfreistellung. Sie haben daher folgende zusätzliche Möglichkeiten:

- Sie können den Vertrag auf Basis des alten Beitrags, aber mit verringerter Versicherungsleistung fortführen.
- Sie können eine Zuzahlung leisten, um die Versicherungsleistung auf die Werte vor der Beitragsfreistellung zu erhöhen. Beachten Sie, dass insbesondere aufgrund der späteren Zahlung die vereinbarten Leistungen in der Regel auch dann kleiner sind als vor der Beitragsfreistellung, wenn Sie eine Zuzahlung in Höhe der Summe der seit Beitragsfreistellung nicht gezahlten Beiträge leisten.
- Wenn seit dem Wirksamwerden der Beitragsfreistellung noch keine sechs Monate vergangen sind und Sie die Beiträge innerhalb eines Monats nachzahlen, werden wir Ihren Vertrag mit der Versicherungsleistung und dem Beitrag fortführen, die vor der Beitragsfreistellung vereinbart waren.

Die Wiederinkraftsetzung können wir von einer Gesundheitsprüfung abhängig machen.

(12) Bei einer Beitragsherabsetzung gilt Absatz 11 entsprechend.

§ 20 Welche Kosten sind in Ihrem Vertrag vereinbart?

(1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten (Absätze 2 bis 7), Verwaltungskosten (Absätze 8 und 9) und anlassbezogene Kosten (Absätze 11 und 12). Die Abschluss- und Vertriebskosten sowie die Verwaltungskosten haben wir in den Beitrag einkalkuliert. Sie müssen von Ihnen daher nicht gesondert gezahlt werden. Die anlassbezogenen Kosten sind von Ihnen zusätzlich zum Beitrag zu entrichten.

Abschluss- und Vertriebskosten

(2) Zu den Abschluss- und Vertriebskosten gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsmittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten z. B. die Kosten für Antragsprüfung und Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen.

(3) Ist für Ihren Versicherungsvertrag die Zahlung von laufenden Beiträgen vereinbart, haben wir Abschluss- und Vertriebskosten in die Beiträge der ersten maximal acht Jahre der Beitragszahlungsdauer einkalkuliert.

(4) Auf einen Teil dieser Abschluss- und Vertriebskosten - maximal 2,5 % der Beitragssumme (das ist die Summe der während der Laufzeit des Vertrags zu zahlenden Beiträge) - wenden wir das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das heißt, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung dieses Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für die Teile der ersten Beiträge, die für Leistungen im Versicherungsfall, für Verwaltungskosten gemäß den Absätzen 8 und 9 und - aufgrund von gesetzlichen Regelungen - für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt sind. Insgesamt bedeutet dieses Verrechnungsverfahren, dass sich der Rückkaufswert (siehe § 19 Abs. 2) so entwickelt, als würde dieser Teil der Abschluss- und Vertriebskosten gleichmäßig auf die ersten fünf Jahre der Beitragszahlungsdauer verteilt. Ist die Beitragszahlungsdauer kürzer als 5 Jahre, entwickelt sich der Rückkaufswert wie bei einer gleichmäßigen Verteilung auf diese kürzere Beitragszahlungsdauer.

(5) Ist die Beitragszahlungsdauer länger als 5 Jahre, sind - soweit vorhanden - in die Beiträge der Jahre sechs bis acht in der Regel weitere Abschlusskosten einkalkuliert. Für jedes dieser Jahre sind die einkalkulierten Abschlusskosten auf 0,5 % der Beitragssumme begrenzt.

(6) Ist für Ihren Versicherungsvertrag ein Einmalbeitrag vereinbart, ziehen wir die Abschluss- und Vertriebskosten einmalig zum Vertragsbeginn ab.

(7) Die beschriebene Kostenverrechnung hat wirtschaftlich zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihrer Versicherung nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Versicherungssumme oder für einen Rückkaufswert vorhanden sind (vgl. auch § 19). Nähere Informationen können Sie der in Ihrem Versicherungsschein enthaltenen Tabelle entnehmen.

Verwaltungskosten

(8) Die Verwaltungskosten sind die Kosten für die laufende Verwaltung Ihres Vertrags. Sie umfassen den auf Ihren Vertrag entfallenden Anteil an allen Sach- und Personalaufwendungen, die für den laufenden Versicherungsbetrieb erforderlich sind.

(9) Die Verwaltungskosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt. Ihre Höhe kann für jedes Jahr der Vertragslaufzeit unterschiedlich sein. Ist für Ihren Vertrag ein Einmalbeitrag vereinbart, ziehen wir einen Teil der Verwaltungskosten einmalig zum Vertragsbeginn ab.

Höhe der Kosten

(10) Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der einkalkulierten Verwaltungskosten können Sie für jedes Jahr der Vertragslaufzeit dem Kundeninformationsblatt entnehmen.

Anlassbezogene Kosten

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

- Ausstellung eines neuen Versicherungsscheins,
- Fristsetzung in Textform bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen,
- Verzug mit Beiträgen,
- Rücklastschriften,

- Durchführung von Vertragsänderungen, soweit nicht vertraglich vereinbarte Optionen ausgeübt werden,
 - Bearbeitung von Abtretungen oder Verpfändungen,
 - Ermittlung einer geänderten Postanschrift, sofern die Änderung uns nicht mitgeteilt wurde (vgl. § 21 Abs. 1).
- Darüber hinaus belasten wir Sie nur dann mit Kosten, wenn dies nach gesetzlichen Vorschriften ausdrücklich zulässig ist.

(12) Sofern Sie uns nachweisen, dass die dem pauschalen Abgeltungsbetrag zugrunde liegenden Annahmen in Ihrem Fall entweder dem Grunde nach nicht zutreffen oder der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern sind, entfällt bzw. vermindert sich der Abgeltungsbetrag.

§ 21 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift und Ihres Namens?

(1) Eine Änderung Ihrer Postanschrift müssen Sie uns unverzüglich mitteilen. Andernfalls 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 Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie die Versicherung in Ihrem Gewerbebetrieb genommen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

(2) Bei Änderung Ihres Namens gilt Absatz 1 entsprechend.

§ 22 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie?

(1) Sofern 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 Vertragsabschluss,
- bei Änderung nach Vertragsabschluss oder
- auf Nachfrage

unverzüglich - d. h. ohne schuldhaftes Zögern - zur Verfügung stellen. Sie sind auch zur Mitwirkung verpflichtet, soweit der Status dritter Personen, die Rechte an Ihrem Vertrag haben, für Datenerhebungen und Meldungen maßgeblich ist.

(2) Notwendige Informationen im Sinne von Absatz 1 sind beispielsweise 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 insbesondere die deutsche oder ausländische(n) Steueridentifikationsnummer(n), das Geburtsdatum, der Geburtsort und der Wohnsitz.

(3) Falls Sie uns die notwendigen Informationen, Daten und Unterlagen nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen, gilt Folgendes: Bei einer entsprechenden gesetzlichen Verpflichtung melden wir Ihre Vertragsdaten an die zuständigen in- oder ausländischen Steuerbehörden. Dies gilt auch dann, wenn ggf. keine steuerliche Ansässigkeit im Ausland besteht.

(4) Eine Verletzung Ihrer Auskunftspflichten gemäß den Absätzen 1 und 2 kann dazu führen, dass wir unsere Leistung nicht zahlen. Dies gilt solange, bis Sie uns die für die Erfüllung unserer gesetzlichen Pflichten notwendigen Informationen zur Verfügung gestellt haben.

§ 23 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

(1) Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

(2) Für das Vertragsverhältnis gilt auch die Satzung der VOLKSWOHL BUND Lebensversicherung a. G., die Sie auf unserer Internetseite finden können.

§ 24 Wo ist der Gerichtsstand?

(1) Für Klagen aus dem Versicherungsvertrag gegen uns bestimmt sich die gerichtliche Zuständigkeit nach unserem Sitz oder der für den Versicherungsvertrag 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 Versicherungsvertrag 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 Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 25 Was gilt bei Unwirksamkeit einzelner Bestimmungen?

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrags - gleich aus welchem Grund - unwirksam sein oder werden, berührt dies die Wirksamkeit des Vertrags im Übrigen nicht.