

Besondere Bedingungen für die Pflegeabsicherung im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung

(21L34, Stand 10/2020)

Sehr geehrte Kundin, sehr geehrter Kunde,

mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren Versicherungsnehmer und Vertragspartner. Die Pflegeabsicherung ergänzt die Berufsunfähigkeitsversicherung. **Bitte beachten Sie, dass die Voraussetzungen für die Leistung einer Pflegerente nach diesen besonderen Bedingungen andere sind, als die Voraussetzungen für die Leistung einer Berufsunfähigkeitsrente wegen Pflegebedürftigkeit nach den Allgemeinen Bedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung!**

Inhaltsverzeichnis

§ 1	Welche Leistungen erbringen wir?	2
§ 2	Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?	2
§ 3	In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?	3
§ 4	Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?	3
§ 5	Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab?	4
§ 6	Was gilt nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit?	4
§ 7	Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?	4
§ 8	Welche Besonderheiten gelten für die Überschussbeteiligung?	5
§ 9	Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung?	6
§ 10	Ist der Versicherer zu einer Anpassung des Beitrags berechtigt?	7

Anlage

Anlage 1 zu den Besonderen Bedingungen zum Abzug bei Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages	8
---	---

Besondere Bedingungen für die Pflegeabsicherung im Rahmen der Berufsunfähigkeitsversicherung

(21L34, Stand 10/2020)

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Pflegebedürftigkeit

- (1) Ist die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Pflegebedürftigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) zum Zeitpunkt des Ablaufs der Versicherungsdauer pflegebedürftig, zahlen wir die versicherte Pfliegerente ab dem vereinbarten Leistungsbeginn. Der vereinbarte Leistungsbeginn fällt mit dem Ende der Leistungsdauer der Berufsunfähigkeitsversicherung zusammen.

Falls die versicherte Person während der Versicherungsdauer eine Rentenleistung nach den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung bezieht, befreien wir Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Pflegeabsicherung solange die versicherte Person einen Anspruch auf die Rentenleistungen gemäß den Allgemeinen Versicherungsbedingungen der Berufsunfähigkeitsversicherung hat.

Wurde eine planmäßige Erhöhung der Rente im Leistungsfall (Leistungsdynamik) vereinbart, wird die versicherte Rente unabhängig von den jeweils festgesetzten Überschussanteilsätzen (vgl. § 8) jährlich um den hierfür vereinbarten Prozentsatz erhöht. Die Erhöhung der Rente erfolgt jeweils zum Versicherungsjahrestag. In der Zeit vor dem Leistungsbeginn bleibt somit das Verhältnis zwischen der versicherten Rente der Pflegeabsicherung und der versicherten Rente der Berufsunfähigkeitsversicherung unverändert. Nach dem Leistungsbeginn erfolgt die eigenständige Erhöhung der versicherten Rente der Pflegeabsicherung nach obigen Maßstäben.

- (2) Diese Leistung wird solange erbracht, wie Pflegebedürftigkeit ununterbrochen vorliegt, längstens bis zum Tode der versicherten Person.
- (3) Der Versicherungsschutz für die Pflegeabsicherung besteht in den Ländern der Europäischen Union, Island, Norwegen und der Schweiz. In diesen Ländern ist auch der Nachweis der Pflegebedürftigkeit zu führen. Versicherungsschutz besteht auch für einen Auslandsaufenthalt außerhalb dieser Länder bis zu 6 Monaten, sofern der Versicherungsschutz nach § 3 nicht ausgeschlossen ist. Für länger geplante Auslandsaufenthalte außerhalb der oben genannten Länder benötigen Sie eine gesonderte Vereinbarung, die Sie im Einzelfall mit uns schließen können.
- (4) Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- (5) Wir beteiligen Sie an den Überschüssen und an den Bewertungsreserven (siehe § 8).
- (6) Die Meldung über die Pflegebedürftigkeit der versicherten Person muss uns bis zum Ablauf der Versicherungsdauer in Textform (*z. B. Papierform oder E-Mail*) vorliegen. Ist die versicherte Person zum Ablauf der Versicherungsdauer pflegebedürftig und es liegt uns die Meldung darüber erst nach Ende der Versicherungsdauer vor, so leisten wir erst ab dem nächsten Monatsersten nach Zugang der Meldung.

§ 2 Was ist Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen?

- (1) Pflegebedürftigkeit der versicherten Person (*das ist die Person, auf deren Pflegebedürftigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) liegt vor, wenn mindestens eine der folgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

1. Pflegebedürftigkeit mindestens im Umfang von 3 Pflegepunkten gemäß Absatz 4 und 5 oder
2. Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge Demenz gemäß Absatz 6.

- (2) Die Pflegebedürftigkeit muss zum Zeitpunkt des Ablaufs der Versicherungsdauer voraussichtlich auf Dauer bestehen. Dies ist dann der Fall, wenn nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft ein Zustand besteht, der keine Erwartungen mehr auf einen Wegfall der Pflegebedürftigkeit im Sinne von Absatz 1 innerhalb der nächsten drei Jahre erwarten lässt.

- (3) Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nach objektiven und medizinischen Maßstäben innerhalb eines Jahres nach Ablauf der Versicherungsdauer festzustellen.

Pflegebedürftigkeit aufgrund des Hilfebedarfs bei den Aktivitäten des täglichen Lebens

- (4) Pflegebedürftigkeit nach Absatz 1 Nummer 1 liegt vor, wenn die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Pflegebedürftigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind, so hilflos ist, dass sie für die in Absatz 5 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auch bei Einsatz technischer und medizinischer Hilfsmittel in erheblichem Umfang täglich der Hilfe einer anderen Person bedarf. Die Pflegebedürftigkeit ist ärztlich nachzuweisen.

- (5) Bewertungsmaßstab für die Einstufung des Pflegefalls sind Art und Umfang der erforderlichen täglichen Hilfe durch eine andere Person. Bei der Bewertung wird die nachstehende Pflegepunktetabelle zugrunde gelegt:

Die versicherte Person benötigt Hilfe beim

Fortbewegen im Zimmer 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Inanspruchnahme einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - die Unterstützung einer anderen Person benötigt, um sich an Ihrem gewöhnlichen Aufenthaltsort auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortzubewegen.

Aufstehen und Zubettgehen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person nur mit Hilfe einer anderen Person das Bett verlassen oder in das Bett gelangen kann.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Kleidung - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person an- oder auskleiden kann.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne fremde Hilfe bereits vorbereitete essfertige Nahrung und Getränke aufnehmen kann.

Waschen 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die versicherte Person - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannenslift - 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 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,
- ihre Notdurft nur unter Zuhilfenahme einer Bettschüssel verrichten kann oder weil
- der Darm bzw. die Blase nur mit fremder Hilfe entleert werden kann.

Besteht alleine eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Windeln, speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel 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.

Unabhängig von der Bewertung aufgrund der Punkttabelle leisten wir, wenn die versicherte Person dauernd bettlägerig ist und nicht ohne Hilfe einer anderen Person aufstehen kann.

Pflegebedürftigkeit aufgrund einer Einschränkung der Alltagskompetenz infolge einer Demenz

- (6) Pflegebedürftigkeit infolge Demenz nach Absatz 1 Nummer 2 liegt vor, wenn die versicherte Person wegen mittelschwerer oder schwerer Hirnleistungsstörungen, die durch Krankheit oder Körperverletzung entstanden sind, sich oder andere erheblich gefährdet und deshalb dauernder Beaufsichtigung bedarf.

Eine mittelschwere oder schwere Demenz setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken. Leichte und mäßige Hirnleistungsstörungen sind keine mittelschwere oder schwere Demenz im obigen Sinn und erfüllen die Leistungsvoraussetzungen nicht.

Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist ärztlich nachzuweisen.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung müssen unter Nutzung zeitgemäßer Diagnoseverfahren und standardisierter Testverfahren von einem Experten für solche Krankheitsbilder (Facharzt für Neurologie) durchgeführt werden. Es muss mindestens der Schweregrad 5 gemäß der Global Deterioration Scale (GDS 5) nach Reisberg oder ein entsprechender Schweregrad einer alternativen, anerkannten Demenzbeurteilungsskala vorliegen.

§ 3 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, auf welcher Ursache die Pflegebedürftigkeit beruht.

Es besteht jedoch kein Versicherungsschutz, wenn die Pflegebedürftigkeit verursacht ist:

- a) unmittelbar oder mittelbar durch Kriegsereignisse oder einen Bürgerkrieg während der Laufzeit des Vertrages.

Unsere Leistungspflicht ist nicht ausgeschlossen, wenn die versicherte Person in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen oder einem Bürgerkrieg berufsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthaltes außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Für Angehörige von Streitkräften wie z.B. der deutschen Bundeswehr oder anderer staatlich organisierter Einsatzkräfte wie z.B. der Polizei des Bundes oder der Länder gilt zusätzlich zu obigen Leistungsausschlüssen folgendes:

Nicht mitversichert ist eine unmittelbar oder mittelbar verursachte Pflegebedürftigkeit durch die Teilnahme an Einsätzen mit Mandat der NATO oder UNO. Dazu gehören auch Auslandseinsätze unter nationaler Verantwortung mit vergleichbarem Gefährdungspotential. Die Verwendung für humanitäre Hilfsdienste und Hilfeleistungen ist von dieser Leistungseinschränkung nicht erfasst, sofern die versicherte Person dabei nicht in bewaffnete Unternehmungen einbezogen ist;

- b) durch innere Unruhen, sofern die versicherte Person auf Seiten der Unruhestifter teilgenommen hat;
- c) durch vorsätzliche Ausführung oder den Versuch einer Straftat durch die versicherte Person. Fahrlässige und grob fahrlässige Verstöße bzw. Verkehrsverstöße, die eine Ordnungswidrigkeit darstellen, sind vom Ausschluss nicht betroffen;
- d) durch folgende von der versicherten Person vorgenommene Handlungen
- absichtliche Herbeiführung von Krankheit,
 - absichtliche Herbeiführung von Kräfteverfall,
 - absichtliche Selbstverletzung oder
 - versuchte Selbsttötung.

Wir werden jedoch leisten, wenn uns nachgewiesen wird, dass die versicherte Person, diese Handlungen in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustand krankhafter Störung der Geistestätigkeit begangen hat;

- e) durch eine widerrechtliche Handlung, mit der Sie als Versicherungsnehmer oder mit der der Bezugsberechtigter vorsätzlich die Berufsunfähigkeit der versicherten Person herbeigeführt haben bzw. hat;
- f) durch Strahlen infolge Kernenergie, die das Leben oder die Gesundheit zahlreicher Menschen derart gefährden, dass zur Abwehr der Gefährdung eine Katastrophenschutzbehörde oder vergleichbare Behörde tätig wurde;
- g) unmittelbar oder mittelbar durch den vorsätzlichen Einsatz von atomaren, biologischen oder chemischen Waffen oder durch den vorsätzlichen Einsatz oder das vorsätzliche Freisetzen von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen.

Der Ausschluss unserer Leistungspflicht für die unter den Punkten f und g) genannten Großschadensereignisse im Zusammenhang mit Kernenergie oder radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen besteht nur dann, wenn

- die Freisetzung von Strahlen in Folge von Kernenergie (vgl. Punkt f)) geeignet ist oder
- der Einsatz oder die Freisetzung von radioaktiven, biologischen oder chemischen Stoffen (vgl. Punkt g)) darauf gerichtet sind,

das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden. Die Gefährdung muss dabei zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies ist der Fall, wenn mehr als 1 ‰ des Versichertenbestandes davon betroffen ist. Das Vorliegen der Voraussetzungen muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

§ 4 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung verlangt wird?

- (2) (1) Wird eine Leistung aus der Pflegeabsicherung beansprucht, müssen uns unverzüglich (d.h. ohne schuldhaftes Zögern) auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:

- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt der Pflegebedürftigkeit;
 - b) ausführliche Berichte der Ärzte oder anderer Heilbehandler, die die versicherte Person (*das ist die Person, auf deren Pflegebedürftigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über Ursache, Beginn, Art, Verlauf und voraussichtliche Dauer des Leidens der versicherten Person sowie über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit;
 - c) eine Bescheinigung der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege;
 - d) den Bescheid des Versicherungsträgers der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung sowie die diesem Bescheid zugrundeliegenden ärztlichen Befunde, Berichte oder Gutachten;
 - e) eine Aufstellung der Ärzte, anderen Heilbehandler, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die versicherte Person in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird.
- (3) Wir können außerdem auf unsere Kosten weitere ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte sowie notwendige Nachweise verlangen; insbesondere zusätzliche Auskünfte und Aufklärungen.
- Für die medizinischen Abfragen benötigen wir Ihre Schweigepflichtentbindung für uns sowie für die schweigepflichtigen Stellen, die wir von Ihnen verlangen können, falls im Rahmen dieser Abfragen Gesundheitsdaten oder weitere nach § 203 Strafgesetzbuch geschützte Informationen weitergegeben werden müssen.
- (3) Hält sich die versicherte Person im Ausland auf, können wir verlangen, dass die versicherte Person sich in der Bundesrepublik Deutschland untersuchen lässt. Wir verzichten auf die Anwesenheit der versicherten Person in der Bundesrepublik Deutschland, wenn die Untersuchung durch einen Arzt des dem Aufenthalt der versicherten Person nächst gelegenen Konsulats der Bundesrepublik Deutschland vorgenommen wird. Die Kosten für die Untersuchung sowie die vorher mit uns abgestimmten Reise- und Unterbringungskosten werden von uns erstattet.
- (4) Wir erkennen Berichte in deutscher und englischer Sprache im Original an; Berichte in anderen Sprachen müssen uns in einer von einem staatlich vereidigten Übersetzer oder Dolmetscher beglaubigten Übersetzung eingereicht werden. Erhobene Befunde sind uns auf Verlangen im Original vorzulegen. Die Berichte bzw. Befunde müssen von Personen oder Institutionen stammen, die ihren Sitz in den in § 1 Absatz 3 Satz 1 definierten Ländern haben.
- (5) 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 Leistung aus dieser Versicherung nicht entgegen. Sie ist allerdings 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 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 Gehhilfen oder Rollstühlen).
- (6) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des

Versicherungsfalls und unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.

- (7) Bei Überweisungen von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns beigezogenen Unterlagen erklären wir in Textform (*z. B. Papierform oder E-Mail*), ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Pflegeabsicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von drei Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß § 4 über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen gemäß § 4 vor, entscheiden wir innerhalb von vier Wochen über unsere Leistungspflicht. Solange Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle sechs Wochen über den Sachstand der Leistungsprüfung.
- (3) Der Anspruch auf die Versicherungsleistungen muss innerhalb der Verjährungsfrist von drei Jahren gerichtlich geltend gemacht werden, um den Eintritt der Verjährung zu vermeiden. Die Frist beginnt mit dem Schluss des Jahres, in dem der Anspruch auf die Versicherungsleistungen entstanden ist und Sie von den Umständen, die den Anspruch begründen, Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.

§ 6 Was gilt nach Anerkennung der Pflegebedürftigkeit?

Nachprüfung

- (1) Wir sind berechtigt, das Fortbestehen der Pflegebedürftigkeit und das Fortleben der versicherten Person nachzuprüfen.
- (2) Zur Nachprüfung können wir jederzeit sachdienliche Auskünfte anfordern und einmal jährlich verlangen, dass sich die versicherte Person durch von uns beauftragte Ärzte umfassend untersuchen lässt. Hierbei anfallende Kosten sind von uns zu tragen. Die Bestimmungen des § 4 Absatz 2 bis 5 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

- (3) Sie müssen uns unverzüglich (*d. h. ohne schuldhaftes Zögern*) mitteilen, wenn sich die Pflegebedürftigkeit mindert oder wegfällt.

Leistungsfreiheit

- (4) Wir sind leistungsfrei, wenn wir feststellen, dass die in § 1 und § 2 genannten Voraussetzungen der Leistungspflicht entfallen sind und wir Ihnen diese Veränderung in Textform (*z. B. Papierform oder E-Mail*) darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen.
- (5) Für eine Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Absatz 2 und 3 gilt § 7.

§ 7 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 4 von Ihnen, der versicherten Person (*das ist die Person, auf deren Pflegebedürftigkeit die Versicherung abgeschlossen ist*) oder dem

Ansprucherhebenden vorsätzlich nicht erfüllt wird, leisten wir nicht. Bei grob fahrlässiger Verletzung einer Mitwirkungspflicht sind wir berechtigt, unsere Leistung in einem der Schwere des Verschuldens entsprechenden Verhältnis zu kürzen. Beides gilt nur, wenn wir durch gesonderte Mitteilung in Textform (z. B. *Papierform oder E-Mail*) auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht grob fahrlässig verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche aus der Pflegeabsicherung bleiben auch bestehen, soweit Sie uns nachweisen, dass die Verletzung ohne Einfluss auf die Feststellung oder den Umfang unserer Leistungspflicht ist. Das gilt nicht, wenn die Mitwirkungspflicht arglistig verletzt wird.

Wenn die Mitwirkungspflicht später erfüllt wird, sind wir ab Beginn des laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 8 Welche Besonderheiten gelten für die Überschussbeteiligung?

(1) Sie erhalten gemäß § 153 des Versicherungsvertragsgesetzes (VVG) eine Überschussbeteiligung. Diese umfasst eine Beteiligung an den Überschüssen und – abhängig von der vereinbarten Überschussverwendung – an den Bewertungsreserven. Die Überschüsse und die Bewertungsreserven ermitteln wir nach den Vorschriften des Handelsgesetzbuches (HGB) und veröffentlichen sie jährlich im Geschäftsbericht.

Wir erläutern Ihnen,

- wie wir die Überschussbeteiligung für die Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit ermitteln (Absatz 2),
- wie die Überschussbeteiligung Ihres konkreten Vertrags erfolgt (Absatz 3) und
- warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren können (Absatz 4).

(2) Wie ermitteln wir die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit?

Dazu erklären wir Ihnen

- aus welchen Quellen die Überschüsse stammen (a),
- wie wir mit diesen Überschüssen verfahren (b) und
- wie Bewertungsreserven entstehen und wir diese zuordnen (c).

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages an den Überschüssen und den Bewertungsreserven ergeben sich hieraus noch nicht.

(a) Überschüsse können aus drei verschiedenen Quellen entstehen:

- den Kapitalerträgen (aa),
- dem Risikoergebnis (bb) und
- dem übrigen Ergebnis (cc).

Wir beteiligen unsere Versicherungsnehmer in ihrer Gesamtheit an diesen Überschüssen; dabei beachten wir die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung) in der jeweils geltenden Fassung.

(aa) Kapitalerträge

Von den Nettoerträgen der nach dieser Verordnung maßgeblichen Kapitalanlagen erhalten die Versicherungsnehmer insgesamt mindestens den dort genannten prozentualen Anteil. In der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung sind grundsätzlich 90 % vor-

geschrieben. Aus diesem Betrag werden zunächst die Mittel entnommen, die für die garantierten Leistungen benötigt werden. Die verbleibenden Mittel verwenden wir für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer. Die Beiträge einer Pflegeabsicherung sind allerdings so kalkuliert, wie sie zur Deckung des Pflegerisikos und der Kosten benötigt werden. Es stehen daher vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung, um Kapital zu bilden, aus dem Kapitalerträge entstehen können.

(bb) Risikoergebnis

In der Pflegeabsicherung ist der wichtigste Einflussfaktor auf die Überschüsse vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit die Entwicklung des versicherten Risikos (Pflegerisiko). Überschüsse entstehen, wenn die Aufwendungen für das Pflegerisiko sich günstiger entwickeln als bei der Tarifikalkulation zugrunde gelegt. In diesem Fall müssen wir weniger Renten als ursprünglich angenommen zahlen und können daher die Versicherungsnehmer an dem entstehenden Risikoergebnis beteiligen. An diesen Überschüssen werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 90 % beteiligt.

(cc) Übriges Ergebnis

Am übrigen Ergebnis werden die Versicherungsnehmer nach der derzeitigen Fassung der Mindestzuführungsverordnung grundsätzlich zu mindestens 50 % beteiligt. Überschüsse aus dem übrigen Ergebnis können beispielsweise entstehen, wenn

- die Kosten niedriger sind als bei der Tarifikalkulation angenommen,
- wir andere Einnahmen als aus dem Versicherungsgeschäft haben, z. B. Erträge aus Dienstleistungen, die wir für andere Unternehmen erbringen.

(b) Die auf die Versicherungsnehmer entfallenden Überschüsse führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu oder schreiben sie unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gut (Direktgutschrift).

Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dient dazu, Schwankungen der Überschüsse auszugleichen. Sie darf grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der Versicherungsnehmer verwendet werden. Nur in Ausnahmefällen und mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde können wir hiervon nach § 140 Absatz 1 des Versicherungsaufsichtsgesetzes (VAG) abweichen. Dies dürfen wir, soweit die Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht auf bereits festgelegte Überschussanteile entfällt. Nach der derzeitigen Fassung des § 140 Absatz 1 VAG können wir im Interesse der Versicherten die Rückstellung für Beitragsrückerstattung heranziehen, um:

- einen drohenden Notstand abzuwenden,
- unvorhersehbare Verluste aus den überschussberechtigten Versicherungsverträgen 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 müssen wir bilden, um zu jedem Zeitpunkt den Versicherungsschutz gewährleisten zu können.*)

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

(c) Bewertungsreserven entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind. Da vor Eintritt einer Pflegebedürftigkeit keine oder allenfalls ge-

ringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige Bewertungsreserven. Soweit Bewertungsreserven überhaupt entstehen, ordnen wir den Verträgen die Bewertungsreserven, die nach gesetzlichen und aufsichtsrechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, nach einem verursachungsorientierten Verfahren anteilig rechnerisch zu (siehe Absatz 3 a). Die Höhe der Bewertungsreserven ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich ermitteln wir die Höhe der Bewertungsreserven auch für den Zeitpunkt der Beendigung Ihres Vertrages.

(3) Wie erfolgt die Überschussbeteiligung Ihres Vertrages?

- (a) Die verschiedenen Versicherungsarten tragen unterschiedlich zum Überschuss bei. Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherung, Risikoversicherung) zu Bestandsgruppen zusammengefasst und teilweise nach engeren Gleichartigkeitskriterien innerhalb der Bestandsgruppen Untergruppen gebildet; diese werden Gewinnverbände genannt. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen. Die Überschüsse verteilen wir auf die einzelnen Bestandsgruppen nach einem verursachungsorientierten Verfahren und zwar in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zur Entstehung von Überschüssen beigetragen haben.

Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung von Überschüssen beigetragen, bekommt sie keine Überschüsse zugewiesen.

Die Pflegeabsicherung ist gesondert am Überschuss beteiligt. Ihr Vertrag erhält Anteile an den Überschüssen derjenigen Bestandsgruppe, zu der er gehört. Er gehört derselben Bestandsgruppe an wie die Berufsunfähigkeitsversicherung und erhält Anteile am Überschuss dieser Bestandsgruppe. Die Mittel für die Überschussanteile werden bei der Direktgutschrift zu Lasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen. Die Höhe der Überschussanteilsätze legen wir jedes Jahr fest. Wir veröffentlichen die Überschussanteilsätze in unserem Geschäftsbericht bzw. in unserer Überschussdeklaration. Diese können Sie bei uns anfordern.

- (b) Der einzelne Vertrag erhält ab Beginn laufende Überschussanteile in Prozent des Tarifbeitrags. Diese werden in der Regel mit den Beiträgen verrechnet. Sie können jedoch mit uns auch die verzinsliche Ansammlung dieser Überschussanteile vereinbaren. Beitragsfrei gestellte Verträge erhalten an jedem Bilanztermin (31.12.) Überschüsse in Prozent des Deckungskapitals am vorausgegangenen Bilanztermin, die verzinslich angesammelt werden. Verträge, die aufgrund einer anerkannten Berufsunfähigkeit beitragsfrei sind, erhalten nach Ablauf eines Jahres jeweils am Versicherungsjahrestag Überschüsse in Prozent des Deckungskapitals am vorausgegangenen Bilanztermin. Diese werden im Leistungsfall der Pflegerente zur Erhöhung der Pflegerente verwendet.

In der Pflegerentenbezugszeit werden die anfallenden jährlichen Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Pflegerente verwendet. Nach Ablauf eines Jahres wird die jeweils erreichte Rente am Versicherungsjahrestag um den deklarierten Prozentsatz der erreichten Rente erhöht.

Bei Abgang des Vertrages durch Kündigung wird der Stand eines Ansammlungsguthabens ausgezahlt.

- (c) Bei **Beendigung des Vertrages** (etwa durch Kündigung mit Auszahlung eines Rückkaufswertes oder Tod) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den Bewertungsreserven

gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu und zahlen diesen bei Beendigung aus. Derzeit sieht § 153 Absatz 3 VVG eine Beteiligung in Höhe der Hälfte der zugeordneten Bewertungsreserven vor.

Bei Verträgen mit Sofortverrechnung der Überschüsse mit den Beiträgen oder bei Verträgen, die aufgrund einer anerkannten Berufsunfähigkeit beitragsfrei sind, fallen keine Bewertungsreserven an. Diese Verträge erhalten deshalb bei Beendigung auch keine Bewertungsreserven ausgezahlt.

Bei Verträgen mit verzinslicher Ansammlung der Überschüsse ermitteln wir zunächst die bei Beendigung des Vertrages im Unternehmen vorhandenen, verteilungsfähigen Bewertungsreserven nach handelsrechtlichen bzw. aufsichtsrechtlichen Vorgaben und nach einem verursachungsorientierten Verfahren.

Die für die Bewertung der Kapitalanlagen zugrunde gelegten Stichtage werden jedes Jahr für das darauf folgende Jahr bestimmt und im Anhang des Geschäftsberichts veröffentlicht.

Für die Ermittlung des auf Ihren Vertrag entfallenden Anteils an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven wird jährlich der sich aus Ihrem Vertrag ergebende Zinsträger (Gesamtleistung) errechnet. Bei Beendigung Ihres Vertrages errechnet sich Ihr Anteil an den verteilungsfähigen Bewertungsreserven aus dem Verhältnis der über die Jahre gebildeten Gesamtleistungen Ihres Vertrages zu den Gesamtleistungen aller anspruchsberechtigten Verträge.

Aufsichtsrechtliche Regelungen können dazu führen, dass die Beteiligung an den Bewertungsreserven ganz oder teilweise entfällt.

(4) Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Wichtigster Einflussfaktor ist die Entwicklung des Pflegerisikos. Aber auch die Entwicklung des Kapitalmarkts und der Kosten ist von Bedeutung. Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen. Wenn Sie einen Vertrag mit verzinslicher Ansammlung haben, werden wir Sie über die Entwicklung Ihrer Überschussbeteiligung jährlich unterrichten.

§ 9 Wie ist das Verhältnis zur Berufsunfähigkeitsversicherung?

- (1) Die Pflegeabsicherung bildet mit der Berufsunfähigkeitsversicherung, zu der sie abgeschlossen worden ist, eine Einheit; sie kann ohne die Berufsunfähigkeitsversicherung nicht fortgesetzt werden. Spätestens wenn der Versicherungsschutz aus der Berufsunfähigkeitsversicherung endet, endet auch der Versicherungsschutz aus der Pflegeabsicherung.

Kündigung der Pflegeabsicherung

- (2) Sie können die Pflegeabsicherung allein oder zusammen mit der Berufsunfähigkeitsversicherung schriftlich kündigen, solange sie nicht wegen einer anerkannten Berufsunfähigkeit beitragsfrei gestellt ist oder von uns schon eine Pflegerente anerkannt wurde.

Bei einer Kündigung wird kein Rückkaufswert fällig, die Pflegeabsicherung endet.

Möchten Sie Ihren Versicherungsschutz nur herabsetzen, so ist das nur zusammen mit der Berufsunfähigkeitsversicherung möglich. Dabei darf die verbleibende beitragspflichtige versicherte Pflegerente nicht unter den monatlichen Mindestbetrag von 75 EUR sinken.

Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung

- (3) Die Pflegeabsicherung können Sie jederzeit, jedoch nur zusammen mit der Berufsunfähigkeitsversicherung zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode ganz oder teilweise in eine beitragsfreie Versicherung umwandeln. Das zuletzt gegebene Verhältnis zwischen der Pflegerente und der Berufsunfähigkeitsrente wird durch diese Umwandlung in eine beitragsfreie Versicherung nicht verändert. Die beitragsfreie Pflegerente wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik unter Zugrundelegung des Rückkaufwertes (siehe Absatz 4), vermindert um einen Abzug (siehe Absatz 5) sowie um rückständige Beiträge errechnet (Beitragsfreistellungskapital).
- (4) Bei Beitragsfreistellung der Pflegeabsicherung berechnen wir entsprechend § 169 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) einen Rückkaufwert. Der Rückkaufwert ist das nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den Rechnungsgrundlagen der Beitragskalkulation zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode berechnete Deckungskapital der Pflegeabsicherung. Der Rückkaufwert ist mindestens jedoch der Betrag des Deckungskapitals, das sich bei gleichmäßiger Verteilung der angesetzten Abschluss- und Vertriebskosten auf die ersten fünf Vertragsjahre ergibt (Mindestwert). Ist die vereinbarte Beitragszahlungsdauer kürzer als fünf Jahre, verteilen wir diese Kosten auf die Beitragszahlungsdauer. In jedem Fall beachten wir die aufsichtsrechtlichen Höchstzillmersätze.
- (5) Der in Absatz 4 ermittelte Wert mindert sich um rückständige Beiträge. Außerdem nehmen wir einen Abzug vor.
Eine Tabelle über die Höhe des Abzugs in Euro finden Sie in den Informationen zum Versicherungsangebot. Der Abzug ist zulässig, wenn er angemessen ist. Dies ist im Zweifel von uns nachzuweisen. Wir halten den Abzug für angemessen, weil mit ihm die Veränderung der Risikolage des verbleibenden Versichertenbestandes ausgeglichen wird. Zudem wird damit ein Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital vorgenommen. Darüber hinaus dient der Abzug dem Ausgleich der bisher durch die Überschussbeteiligung gewährten Beitragsreduzierung. Weitere Erläuterungen sowie versicherungsmathematische Hinweise zum Abzug bei Kündigung finden Sie in der beigefügten „Anlage 1 zu den Besonderen Bedingungen zum Abzug bei Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages“. Wenn Sie uns nachweisen, dass der aufgrund Ihres Verlangens der Beitragsfreistellung von uns vorgenommene Abzug wesentlich niedriger liegen muss, wird er entsprechend herabgesetzt. Wenn Sie uns nachweisen, dass der Abzug überhaupt nicht gerechtfertigt ist, entfällt er.
- (6) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht beantragt und erreicht die nach Absatz 3 zu berechnende beitragsfreie versicherte Pflegerente nicht den monatlichen Mindestbetrag von 50 EUR, wird - soweit ein solcher vorhanden ist - der Rückkaufwert der Pflegeabsicherung, vermindert um einen Abzug sowie um rückständige Beiträge gemäß Absatz 5 an Sie gezahlt.
- (7) Bei Herabsetzung der versicherten Leistung gelten die Absätze 3 bis 6 entsprechend.

Wiederinkraftsetzung

- (8) Die beitragsfreie Pflegeabsicherung können Sie, jedoch nur zusammen mit der Berufsunfähigkeitsversicherung, ohne erneute Gesundheitsprüfung wieder in Kraft setzen, wenn seit dem Zeitpunkt der Beitragsfreistellung noch keine sechs Monate vergangen sind, der Versicherungsfall noch nicht eingetreten ist und der gesamte Beitragsrückstand ausgeglichen wird. Der in Absatz 5 genannte Abzug wird Ihrem Vertrag gutgeschrieben.

Nach Vereinbarung können Sie nicht gezahlte Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von 12 Monaten in halbjährlichen, vierteljährlichen oder monatlichen Raten zinslos nachzahlen. Alternativ können Sie beantragen, dass ein eventuell vorhandenes Überschussguthaben um die nicht gezahlten Beiträge reduziert wird.

- (9) Lebt die aus irgend einem Grunde erloschene oder auf die herabgesetzte beitragsfreie Versicherung beschränkte Leistungspflicht aus der Berufsunfähigkeitsversicherung wieder auf und wird die Pflegeabsicherung wieder in Kraft gesetzt, so können Ansprüche aus dem wieder in Kraft gesetzten Teil der Pflegeabsicherung nicht aufgrund solcher Ursachen (Krankheit, Körperverletzung, Kräfteverfall) geltend gemacht werden, die während der Unterbrechung des vollen Versicherungsschutzes eingetreten sind.
- (10) Rentenansprüche aus der Pflegeabsicherung können Sie nicht abtreten oder verpfänden.

Nachversicherungsgarantie

- (11) Falls in der Berufsunfähigkeitsversicherung eine Nachversicherungsgarantie eingeschlossen ist, gilt diese analog auch für die Pflegeabsicherung. Sie können die Nachversicherungsgarantie der Pflegeabsicherung nur zusammen mit der Nachversicherungsgarantie der Berufsunfähigkeitsversicherung ausüben. Wenn Sie diese Option ausüben, wird die versicherte Rente der Pflegeabsicherung im selben Verhältnis angehoben wie die versicherte Rente der Berufsunfähigkeitsversicherung. Jede Nachversicherung der Pflegeabsicherung ist ein Baustein zur Nachversicherung der Berufsunfähigkeitsversicherung. Die Erhöhung aus der Nachversicherung erfolgt für die Pflegeabsicherung wie für die Berufsunfähigkeitsversicherung im bestehenden Vertrag.

Verweis auf die AVB der Berufsunfähigkeitsversicherung

- (12) Ergänzend finden die Allgemeinen Versicherungsbedingungen (AVB) für die Berufsunfähigkeitsversicherung sinngemäß Anwendung.

§ 10 Ist der Versicherte zu einer Anpassung des Beitrags berechtigt?

- (1) Unter den Voraussetzungen von § 163 Versicherungsvertragsgesetz (VVG) sind wir berechtigt, den Beitrag neu festzusetzen oder die Versicherungsleistung herabzusetzen. Bei einer Erhöhung der Beiträge können Sie stattdessen die Herabsetzung der Versicherungsleistung verlangen. Bei einer Herabsetzung der Versicherungsleistung ergibt sich somit ein neues Verhältnis zwischen den Leistungen der Berufsunfähigkeitsversicherung und der Pflegeabsicherung.
- (2) Eine Neufestsetzung des Beitrags oder Herabsetzung der Versicherungsleistung (vgl. Absatz 1) können wir nur vornehmen, wenn ein unabhängiger Treuhänder die Voraussetzungen des § 163 Absatz 1 Nr. 1 und 2 VVG überprüft und bestätigt hat.
- (3) Änderungen nach § 163 VVG werden zu Beginn des zweiten Monats, Änderungen nach § 164 VVG werden zwei Wochen, nachdem wir Sie davon benachrichtigt haben, wirksam.

Anlage 1 zu den Besonderen Bedingungen zum Abzug bei Kündigung und Beitragsfreistellung Ihres Vertrages

(Stand 10/2020)

Bei Ihrem Vertrag handelt es sich um ein langfristig kalkuliertes Produkt, bei dem schon bei Vertragsschluss eine garantierte Rente für den Versicherungsfall fest zugesagt wird. Daneben übernehmen wir - je nach Vereinbarung - weitere Risiken. Wir dürfen diese Leistungsversprechen nur unter Berücksichtigung angemessener versicherungsmathematischer Annahmen abgeben.

Beiträge und Leistungen werden unter der Annahme berechnet, dass der Vertrag nicht vorzeitig beendet wird. Die durch eine Kündigung entstehenden Belastungen für den Bestand müssen daher von den kündigenden Versicherungsnehmern getragen werden. Würden diese Kosten dagegen allen Versicherungsnehmern in Rechnung gestellt, könnte der Versicherungsschutz nur ungleich teurer angeboten werden.

Wesentliches Kriterium ist schließlich der Gedanke der Risikogemeinschaft. Dies bedeutet, dass wir sowohl bei der Produktkalkulation als auch bei Gestaltung und Durchführung des Vertrages stets darauf achten, dass die Belange der Gesamtheit der Versicherungsnehmer gewahrt werden.

Um die durch eine Kündigung oder Beitragsfreistellung entstehenden Belastungen für den Bestand auszugleichen, nehmen wir einen Abzug von dem Rückkaufswert oder den beitragsfreien Leistungen vor. Bei der Kalkulation des Abzugs haben wir folgende Umstände berücksichtigt:

Veränderungen der Risikolage

Die Kalkulation von Versicherungsprodukten basiert darauf, dass die Risikogemeinschaft sich gleichmäßig aus Versicherungsnehmern mit einem hohen und einem geringeren Risiko zusammensetzt. Da Personen mit einem geringen Risiko die Risikogemeinschaft eher verlassen als Personen mit einem hohen Risiko, wird in Form eines kalkulatorischen Ausgleichs sichergestellt, dass der Risikogemeinschaft durch die vorzeitige Einstellung der Beitragszahlung kein Nachteil entsteht.

Ausgleich für kollektiv gestelltes Risikokapital

Wir bieten Ihnen im Rahmen des vereinbarten Versicherungsschutzes Garantien und Optionen. Dies ist möglich, weil ein Teil des dafür erforderlichen Risikokapitals (Solvenzmittel) durch den Versichertenbestand zur Verfügung gestellt wird. Bei Neuabschluss eines Vertrages partizipiert dieser an bereits vorhandenen Solvenzmitteln. Während der Laufzeit muss der Vertrag daher Solvenzmittel zur Verfügung stellen. Bei Vertragskündigung gehen diese Solvenzmittel dem verbleibenden Bestand verloren und müssen deshalb im Rahmen des Abzugs ausgeglichen werden. Der interne Aufbau von Risikokapital ist regelmäßig für alle Versicherungsnehmer die günstigste Finanzierungsmöglichkeit von Optionen und Garantien, da eine Finanzierung über externes Kapital wesentlich teurer wäre.

Abzug aufgrund der Überschussbeteiligung:

Die Aufwendungen für Versicherungsfälle nehmen mit steigendem Alter zu. Die Beiträge sind in jährlich gleich bleibender Höhe kalkuliert. Zur Abdeckung der steigenden Aufwendungen bilden wir aus Teilen Ihres Beitrags ein so genanntes Deckungskapital. Dieses wird nach den anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik auf Basis der Beiträge ohne Berücksichtigung der Überschussbeteiligung ermittelt. Durch die Überschussbeteiligung haben wir Ihnen bereits Teile des Beitrags wieder gutgeschrieben. Dementsprechend kürzen wir das Deckungskapital durch einen Abzug.

Die Höhe des Abzugs können Sie einer Tabelle in den Informationen zum Versicherungsangebot entnehmen.