

Body / Body & Mind / Body & Mind Plus

Allgemeine Bedingungen für die Grundfähigkeiten-Versicherung

(25L06, Stand 01/2025)

Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| Glossar | 2 |
| Leistung | |
| § 1 Welche Leistungen erbringen wir? | 3 |
| § 2 Wann liegt Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen vor? | 4 |
| § 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung? | 10 |
| § 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz? | 11 |
| § 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen? | 11 |
| § 6 Was bedeutet die vorvertragliche Anzeigepflicht und welche Folgen hat ihre Verletzung? | 12 |
| § 7 Was gilt bei einer Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss? | 13 |
| § 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit verlangt wird? | 13 |
| § 9 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung aus der Option Arbeitsunfähigkeit verlangt wird? | 14 |
| § 10 Wie unterstützen wir Sie, wenn Leistungen aus dieser Versicherung verlangt werden? | 15 |
| § 11 Wann geben wir eine Erklärung über unsere Leistungspflicht ab? | 15 |
| § 12 Was gilt für die Nachprüfung bei Verlust der Grundfähigkeit? | 15 |
| § 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung? | 16 |
| § 14 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein? | 16 |
| § 15 Wer erhält die Leistung? | 16 |
| Beitrag | |
| § 16 Was müssen Sie bei Beitragszahlungen beachten? | 17 |
| § 17 Was geschieht, wenn Sie einen Beitrag nicht rechtzeitig zahlen? | 17 |
| Kündigung und Beitragsfreistellung | |
| § 18 Wann können Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen oder kündigen? | 17 |
| Sonstige Vertragsbestimmungen | |
| § 19 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet? | 18 |
| § 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens? | 19 |
| § 21 Welche weiteren Auskunftspflichten haben Sie? | 19 |
| § 22 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung? | 19 |
| § 23 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich? | 19 |
| § 24 Welche Überbrückungsmöglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten? | 21 |
| § 25 Was gilt für die Verlängerungsoption bei Erhöhung der gesetzlichen Regelaltersgrenze? | 21 |
| § 26 Unter welchen Voraussetzungen ist ein Wechsel in eine selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich? | 22 |
| § 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung? | 23 |
| § 28 Wo ist der Gerichtsstand? | 23 |
| § 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind? | 23 |
| § 30 Welche Auswirkungen hat die Unwirksamkeit von Bestimmungen? | 23 |
| Anlagen | |
| Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages | 24 |
| Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition des Pflegebegriffs nach §§ 14 und 15 SGB XI (Stand 01.01.2017) | 25 |

Glossar

Im Folgenden möchten wir Ihnen einige wichtige Begriffe, die in den Allgemeinen Versicherungsbedingungen verwendet werden und dort in kursiven *KAPITÄLCHEN* gesetzt sind, erläutern. Diese Erläuterungen sind Teil der Allgemeinen Versicherungsbedingungen.

ARGLIST

Arglistig handelt, wer bewusst falsche Angaben macht oder Informationen verschweigt mit dem Vorsatz, uns absichtlich zu täuschen. Beispiel: Sie oder die versicherte Person machen falsche Angaben um die Leistungen aus dem Vertrag zu erhalten.

BEITRAGSZAHLUNGSDAUER

Die Beitragszahlungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Sie die Pflicht haben, Beiträge zu zahlen.

BEWERTUNGSRESERVEN

Als Bewertungsreserven bezeichnen wir den Wert, der entsteht, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über dem Wert liegt, mit dem die Kapitalanlagen im Geschäftsbericht ausgewiesen sind.

DAUERHAFT (NAHE) ANGEHÖRIGE

Als dauerhaft (nahe) Angehörige bezeichnen wir Personen, deren Angehörigenstatus im Sinne von § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b) Versicherungsteuergesetz (VersStG) auch nach der Beendigung des den Angehörigenstatus begründenden Näheverhältnisses (z.B. durch Ehe, eingetragene Lebenspartnerschaft, Pflegekindverhältnis, eheähnliche oder lebenspartnerschaftsähnliche Lebensgemeinschaft, Verlöbnis) rechtlich bestehen bleibt.

Keine dauerhaft (nahe) Angehörigen sind daher z.B. Pflegekinder, Verlobte, Stiefkinder, Stiefeltern und Partner einer eheähnlichen oder lebenspartnerschaftsähnlichen Lebensgemeinschaft.

FAHRLÄSSIG

Fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt nicht beachtet.

GROB FAHRLÄSSIG

Grob fahrlässig handelt, wer die in der jeweiligen Situation erforderliche Sorgfalt in besonders schwerem Maß nicht beachtet. Dies ist auch der Fall, wenn schon einfachste, ganz naheliegende Überlegungen nicht angestellt werden.

LASTSCHRIFTVERFAHREN

Lastschriftverfahren bedeutet, dass wir Ihre Beiträge von einem Konto einziehen.

LEISTUNGSDAUER

Die Leistungsdauer ist der Zeitraum, bis zu dessen Ablauf die anerkannte Leistung längstens gezahlt wird. Die Leistungsdauer kann über die Versicherungsdauer hinausgehen.

RECHNUNGSGRUNDLAGEN

Rechnungsgrundlagen sind die Grundlagen für die Kalkulation Ihres Vertrages. Diese sind in der Regel die Annahmen zur Entwicklung der versicherten Risiken, der Zinsen und der Kosten.

TEXTFORM

Um die Textform zu erfüllen genügt eine Erklärung in Papierform, aber auch z.B. eine E-Mail.

UNVERZÜGLICH

Unverzüglich heißt, dass die erforderliche Handlung ohne schuldhaftes Zögern durchgeführt wird.

VERSICHERTE PERSON

Versicherte Person ist die Person, auf deren Verlust der Grundfähigkeit die Versicherung abgeschlossen ist.

VERSICHERUNGSDAUER

Die Versicherungsdauer ist der Zeitraum, innerhalb dessen Versicherungsschutz besteht.

VERSICHERUNGSNEHMER

Der Versicherungsnehmer ist unser Vertragspartner. Die Rechte und Pflichten aus diesem Vertrag betreffen vorrangig den Versicherungsnehmer.

VERSICHERUNGSJAHRESTAG

Der Versicherungsjahrestag ist der Monatserste des Kalendermonats, der auf das bei Abschluss vereinbarte Ende der Versicherungsdauer folgt (z.B. der Versicherungsbeginn ist am 01.03.2022, Ablauf der Versicherungsdauer ist zum 30.06.2062, dann ist der 01.07 der Versicherungsjahrestag).

VORSÄTZLICH

Vorsätzlich handelt, wer ein bestimmtes Ziel erreichen will, dabei die Umstände seines Handelns kennt und die Folgen bewusst in Kauf nimmt.

Body / Body & Mind / Body & Mind Plus

Allgemeine Bedingungen für die Grundfähigkeiten-Versicherung

(25L06, Stand 01/2025)

Mit diesen Versicherungsbedingungen wenden wir uns an Sie als unseren *VERSICHERUNGSNEHMER* und Vertragspartner.

§ 1 Welche Leistungen erbringen wir?

Unsere Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit

- (1) Wenn die *VERSICHERTE PERSON* während der *VERSICHERUNGSDAUER* eine der versicherten Grundfähigkeiten verliert (siehe § 2 Absatz 1) oder bei Einschluss der Option **Arbeitsunfähigkeit** arbeitsunfähig wird (siehe § 2 Absatz 14), gilt Folgendes:
- Wir zahlen die vereinbarte Grundfähigkeitenrente, längstens für die vereinbarte *LEISTUNGSDAUER*.
 - Wir befreien Sie von der Beitragszahlungspflicht für die Grundfähigkeiten-Versicherung, längstens für die vereinbarte *LEISTUNGSDAUER*. Endet die *BEITRAGSZAHLUNGSDAUER* vor der *LEISTUNGSDAUER*, endet der Anspruch auf Beitragsbefreiung spätestens mit Ablauf der Beitragszahlungsdauer.
 - Bei Einschluss der Option Leistungsdynamik gilt: Haben Sie die planmäßige Erhöhung der Rente im Leistungsfall vereinbart, erhöhen wir die versicherte Rente jährlich um den vereinbarten Prozentsatz. Dies erfolgt unabhängig von den jeweils festgesetzten Überschussanteilsätzen (vgl. § 3). Die Erhöhung der Rente erfolgt jeweils zum *VERSICHERUNGSJAHRSTAG*, frühestens nach 12 Monaten.
 - Bei Einschluss der Option **Mobilität**: Haben Sie den Einschluss der Option **Mobilität** vereinbart, erhalten Sie die unter Absatz 1 a) bis c) genannten Leistungen bei Eintritt der in § 2 Absatz 6 genannten Voraussetzungen.
 - Bei Einschluss der Option **Infektion**: Haben Sie den Einschluss der Option **Infektion** vereinbart, erhalten Sie die unter Absatz 1 a) bis c) genannten Leistungen, bei einem vollständigen Tätigkeitsverbot aufgrund einer auf gesetzlichen Vorschriften oder behördlicher Anordnung beruhenden Verfügung im Sinne von § 2 Absatz 9.
 - Bei Einschluss der Option **Psyche**: Haben Sie den Einschluss der Option **Psyche** vereinbart, erhalten Sie die unter Absatz 1 a) bis c) genannten Leistungen bei Eintritt der in § 2 Absatz 11 genannten Voraussetzungen.

Unsere Leistung bei Einschluss der Option Arbeitsunfähigkeit

- (2) Bei Einschluss der Option **Arbeitsunfähigkeit**: Haben Sie den Einschluss der Option **Arbeitsunfähigkeit** vereinbart, erhalten Sie die unter Absatz 1 a) bis c) genannten Leistungen bei Eintritt der in § 2 Absatz 14 genannten Voraussetzungen, begrenzt auf maximal 18 Monate.

Unsere Leistung bei Pflegebedürftigkeit

- (3) Wird die *VERSICHERTE PERSON* während der *VERSICHERUNGSDAUER* pflegebedürftig (vgl. § 2 Absatz 15 bis 19), ohne dass ein Verlust der Grundfähigkeiten im Sinne von § 2 Absatz 1 bis 14 vorliegt, erhalten Sie die Versicherungsleistungen gemäß Absatz 1.

Weitere Regelungen bei Verlust einer Grundfähigkeit

- (4) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in dem der Verlust der Grundfähigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit eingetreten ist. Sie müssen uns den Verlust der Grundfähigkeit bzw. die Pflegebedürftigkeit in *TEXTFORM* mitteilen.
- (5) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung bei Verlust der Grundfähigkeit bzw. bei Pflegebedürftigkeit endet:
- wenn der Verlust der Grundfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen nicht mehr vorliegt,
 - bei Pflegebedürftigkeit spätestens, wenn die Pflegebedürftigkeit unter die in § 2 Absatz 15, 18 bzw. 19 genannte Schwelle sinkt,
 - wenn die *VERSICHERTE PERSON* stirbt oder
 - bei Ablauf der vereinbarten *LEISTUNGSDAUER*.

Erlischt der Anspruch auf Grundfähigkeitenrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht vor Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER*, besteht wieder Versicherungsschutz in Höhe der vor Verlust der Grundfähigkeit versicherten Rente.

- (6) Der gleichzeitige Verlust mehrerer versicherter Grundfähigkeiten oder gleichzeitige Pflegebedürftigkeit oder Arbeitsunfähigkeit erhöht nicht die versicherte Rente, d.h. die versicherte Rente wird nur einmal erbracht.

Weitere Regelungen bei Einschluss der Option Arbeitsunfähigkeit

- (7) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung entsteht rückwirkend mit Ablauf des Monats, in den der Beginn der ersten ärztlich bescheinigten Arbeitsunfähigkeit fällt. Sie müssen uns die Arbeitsunfähigkeit in *TEXTFORM* mitteilen.
- (8) Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit werden jeweils befristet bis zum Ablauf des Monats erbracht, für den ärztliche Bescheinigungen wegen Arbeitsunfähigkeit (siehe § 9) vollständig vorgelegt werden. Dabei akzeptieren wir nach Ablauf der „Sechsmonatsfrist“ Bescheinigungen bis zu zwei Monate in die Zukunft.
- (9) Die maximale Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit ist auf insgesamt 18 Monate beschränkt. Ist die versicherte Person mehrfach arbeitsunfähig im Sinne dieser Bedingungen, gilt die Beschränkung auf 18 Monate für alle eintretenden Arbeitsunfähigkeiten.
- (10) Der Anspruch auf Beitragsbefreiung und Rentenzahlung bei Arbeitsunfähigkeit endet:

- wenn die versicherte Person nicht mehr ununterbrochen arbeitsunfähig gemäß § 2 Absatz 14,
- wenn die maximale Leistungsdauer bei Arbeitsunfähigkeit von insgesamt 18 Monaten gemäß Absatz 9 überschritten ist;
- wenn die *VERSICHERTE PERSON* stirbt oder

- wenn die Arbeitsunfähigkeit während der Versicherungsdauer eingetreten ist und die Leistungsdauer der Grundfähigkeiten-Versicherung nach § 1 Absatz 1 abgelaufen ist.

Erlischt der Anspruch auf Grundfähigkeitenrente und Befreiung von der Beitragszahlungspflicht vor Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER*, besteht wieder Versicherungsschutz in Höhe der vor Verlust der Grundfähigkeit versicherten Rente.

- (11) Arbeitsversuche im Rahmen einer stufenweise Wiedereingliederung nach § 74 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V), gelten nicht als Unterbrechung der Arbeitsunfähigkeit.
- (12) Wenn und solange Leistungen bei Verlust einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit erbracht werden, besteht kein Anspruch auf Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit. Ein gleichzeitiger Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit und Leistungen bei Verlust einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit ist ausgeschlossen. Wenn der Verlust einer Grundfähigkeit oder Pflegebedürftigkeit vorliegt, werden die Leistungen bei Verlust einer Grundfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit mit den für diesen Zeitraum bereits vorher erbrachten Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit verrechnet. Auf den maximalen 18-monatigen Leistungszeitraum bei Arbeitsunfähigkeit werden dann diese Zeiträume, für die ursprünglich Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit erbracht wurden, nicht angerechnet.
- (13) Die Regelungen zu zeitlich befristeten Anerkennnissen gemäß § 11 Absatz 2 und 3 gelten nicht für Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.
- (14) Der Bezug von Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit bedingt nicht automatisch auch einen Anspruch auf Leistungen bei Verlust einer Grundfähigkeit. Diese Leistungen werden unabhängig voneinander geprüft. Dies gilt auch dann, wenn die Arbeitsunfähigkeit bereits sechs Monate und länger bestanden hat.

Einschluss der Option Leistungsdynamik

- (15) Bei Einschluss der Option Leistungsdynamik wird der Vertrag für künftige Leistungsfälle mit Wegfall der Leistungspflicht mit dem Beitrag und der versicherten Rente fortgeführt, die unmittelbar vor Eintritt des Leistungsfalls vereinbart waren. Rentenerhöhungen, die während der Leistungspflicht durchgeführt wurden, bleiben unberücksichtigt. Sie können jedoch in *TEXTFORM* verlangen, die während des Leistungsbezugs erfolgten Erhöhungen aus der Leistungsdynamik gegen Mehrbeitrag mitzuversichern. Der Mehrbeitrag wird nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den *RECHNUNGSGRUNDLAGEN* für die Beitragskalkulation des bestehenden Tarifs neu ermittelt. Der Antrag muss innerhalb einer Frist von einem Monat nach der Einstellungsmitteilung bei uns eingegangen sein.

Sonstige Regelungen

- (16) Wird nach Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER* der Verlust einer Grundfähigkeit, die Pflegebedürftigkeit oder bei Einschluss der Option **Arbeitsunfähigkeit** die Arbeitsunfähigkeit, angezeigt, die vor Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER* eingetreten ist, entsteht ein Leistungsanspruch aus dem Vertrag, sofern die *LEISTUNGSDAUER* noch nicht abgelaufen ist. Entsprechendes gilt für den Fall, dass eine innerhalb der *VERSICHERUNGSDAUER* fällig gewordene Leistung infolge Wegfalls der Leistungsvoraussetzung erloschen ist und nach Ablauf der *VERSICHERUNGSDAUER* ein erneuter Verlust einer Grundfähigkeit, eine erneute Pflegebedürftigkeit oder bei Einschluss der Option **Arbeitsunfähigkeit** die Arbeitsunfähigkeit angezeigt wird, die ihren Ursprung im ersten Ver-

lust der Grundfähigkeit hat. Der Anspruch auf Versicherungsleistungen entsteht zu dem im Absatz 3 genannten Zeitpunkt.

- (17) Bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht müssen Sie die Beiträge in voller Höhe weiterzahlen. Wir erstatten Ihnen diese jedoch bei Anerkennung der Leistungspflicht. Auf Antrag stunden wir Ihnen diese Beiträge bis zur endgültigen Entscheidung über die Leistungspflicht und erheben hierfür keine Stundungszinsen. Sollten wir Ihren Leistungsanspruch nicht anerkennen, sind die gestundeten Beiträge nachzuzahlen. Die gestundeten Beiträge können durch eine Vertragsänderung oder durch eine Verrechnung mit einem Guthaben oder vorhandenen Überschüssen ausgeglichen werden. Auf Antrag können die gestundeten Beiträge auch zinslos in Raten über einen Zeitraum von bis zu 12 Monaten gezahlt werden.
- (18) Der Versicherungsschutz besteht weltweit.
- (19) Die Rente zahlen wir monatlich im Voraus.
- (20) Es kann sich eine Leistung aus der Überschussbeteiligung ergeben (siehe § 3).

§ 2 Wann liegt Leistungspflicht im Sinne dieser Bedingungen vor?

Verlust einer Grundfähigkeit

- (1) Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfall, die ärztlich nachzuweisen sind,
- mindestens eine der versicherten Grundfähigkeiten verliert und diese voraussichtlich für sechs Monate ununterbrochen nicht wiedererlangen wird
 - oder mindestens eine der versicherten Grundfähigkeiten bereits für sechs Monate verloren hat.

Hat die *VERSICHERTE PERSON* eine der versicherten Grundfähigkeiten bereits für sechs Monate verloren, so gilt dieser Zustand von Beginn an als Verlust einer Grundfähigkeit.

Abweichend hiervon muss bei der Grundfähigkeit „Unterhaltung führen“ im Tarif „**Body & Mind**“ und „**Body & Mind Plus**“ sowie bei Vereinbarung der Option **Psyche** der Verlust dieser Grundfähigkeit mindestens zwölf Monate angedauert haben.

Der Verlust einer Grundfähigkeit muss aufgrund körperlicher Ursachen erfolgen. Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle, bei denen die Einschränkung aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurotischen Störungen verloren geht. Der Ausschluss des Versicherungsschutzes aufgrund von psychischen Beeinträchtigungen oder neurotischen Störungen gilt nicht bei den versicherten Grundfähigkeiten Eigenverantwortliches Handeln (Betreuung) (siehe § 2 Absatz 3 b) und Geistige Leistungsfähigkeit (Intellekt) (siehe § 2 Absatz 3 c).

Der Verlust einer Grundfähigkeit liegt nur dann vor, wenn die entsprechende Grundfähigkeit bei der *VERSICHERTEN PERSON* zu dem in Ihrem Versicherungsschein ausgewiesenen Versicherungsbeginn vorhanden war. Hiervon abweichend gilt für Kinder bis zur Vollendung des 14. Lebensjahres: Soweit die entsprechende Grundfähigkeit bei Versicherungsbeginn altersbedingt noch nicht vorhanden war, liegt ein Verlust der Grundfähigkeit auch dann vor, wenn sie vor Eintritt des Versicherungsfalles erworben wurde.

Versicherte Grundfähigkeiten

(2) Folgende Grundfähigkeiten sind im Rahmen der Grundfähigkeiten-Versicherung „**Body**“ versichert.

a) Gehen

Der Verlust der Grundfähigkeit Gehen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* auch unter Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist, selbständig eine Entfernung von 400 Metern auf einem ebenen, festen Untergrund mit einem für Gehwege oder Bürgersteige üblichen Bodenbelag gehend zurückzulegen, ohne dabei eine Pause einlegen zu müssen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Gehen liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind z.B. Gehstock, Krücken oder Prothesen. Nicht zu den Hilfsmitteln zählen Rollatoren oder Gehwagen.

b) Treppensteigen

Der Verlust der Grundfähigkeit Treppensteigen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* auch unter Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist, selbständig 12 Treppenstufen mit einer für Wohngebäude üblichen Stufenhöhe von 18-20 cm (DIN 18065) und mit einem für Wohngebäude üblichen Bodenbelag ohne Unterbrechung hinauf- und hinabzusteigen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Treppensteigen liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind z.B. Treppengeländer, Treppenlauf oder Gehstock.

c) Knien

Der Verlust der Grundfähigkeit Knien liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist, sich auf einem ebenen und festen Untergrund mit beiden Knien auf den Boden hinzuknien und sich ohne Unterbrechung aus eigener Kraft (auch mit Abstützen am Boden) wiederaufrichten kann.

d) Bücken

Der Verlust der Grundfähigkeit Bücken liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist, sich aus eigener Kraft so weit zu bücken (auch mit angewinkelten Knien), dass sie mit den Fingerspitzen beider Hände den Boden berührt und sich ohne Unterbrechung aus eigener Kraft (auch mit Abstützen am Boden) wiederaufrichten kann.

e) Stehen

Der Verlust der Grundfähigkeit Stehen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* auch mit Gewichtsverlagerungen von einem Bein auf das andere und unter Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist, zehn Minuten lang ununterbrochen und selbständig barfuß auf einem ebenen und festen Untergrund zu stehen, ohne sich dabei festzuhalten oder abzustützen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Stehen liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind z.B. Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen.

f) Gebrauch eines Arms

Der Verlust der Grundfähigkeit Gebrauch eines Arms liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist, entweder mit dem rechten oder dem linken Arm

- einen 200 Gramm (100 Gramm für Kinder bis zur

Vollendung des 7. Lebensjahres) schweren Gegenstand auf einem Regal in Schulterhöhe zu platzieren und wieder herunterzunehmen oder

- nicht mehr in der Lage ist, beide Hände gleichzeitig hinter den Kopf zu bewegen und den Nacken zu berühren (Nackengriff) und beide Hänge gleichzeitig am Rücken zusammenzuführen (Schürzengriff).

g) Gebrauch einer Hand (Greifen, Drehen und Geschicklichkeit)

Der Verlust der Grundfähigkeit Gebrauch einer Hand (Greifen, Drehen und Geschicklichkeit) liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist, entweder mit der rechten oder der linken Hand

- eine geöffnete Flasche mit Schraubverschluss zu schließen und wieder zu öffnen oder

- eine Schraube, die an ein gedübeltes Loch angebracht ist, mit einem handelsüblichen Schraubendreher hinein- und wieder herauszudrehen oder

- eine handelsübliche Halogen-Glühbirne oder ein handelsübliches LED-Leuchtmittel in den dazugehörigen Schraubsockel (E27-Sockel) einer Tischlampe zu stecken und so weit hineinzudrehen, dass die Glühbirne leuchtet und anschließend wieder vollständig herauszudrehen oder

- eine Wäscheklammer an einer Wäscheleine auf Hüfthöhe zu befestigen.

h) Heben, Halten und Tragen

Der Verlust der Grundfähigkeit Heben, Halten und Tragen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist, mit der rechten oder linken Hand einen mit einem Griff versehenen und 5 Kilogramm (1 Kilogramm für Kinder bis zur Vollendung des 7. Lebensjahres) schweren Gegenstand von einem Tisch aufzuheben und diesen 5 Meter weit zu tragen.

i) Sitzen

Der Verlust der Grundfähigkeit Sitzen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist, ununterbrochen 20 Minuten auf einem ergonomischen Stuhl zu sitzen, auch nicht mit Veränderung der Sitzhaltung oder Abstützen auf Armlehnen.

j) Sehen

Der Verlust der Grundfähigkeit Sehen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr sehen kann. Das bedeutet, dass das Restsehvermögen (Visus) auf dem leistungsfähigeren Auge nur noch 0,05 (entspricht dem Snellen-Wert 3/60) beträgt oder das horizontale Gesichtsfeld auf dem leistungsfähigeren Auge höchstens 15 Grad vom Zentrum besteht (maximal 30 Grad für beide Augen).

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sehen liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel ausgeglichen werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind Sehhilfen, wie z.B. Brille oder Kontaktlinsen.

k) Sprechen

Der Verlust der Grundfähigkeit Sprechen liegt vor, wenn die Sprechfähigkeit oder die sprachliche Ausdrucksfähigkeit der *VERSICHERTEN PERSON* nach abgeschlossenem Erwerb der Gesprächs- und Erzählfähigkeit auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel so weit eingeschränkt ist, dass sich die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr mit Worten gegenüber einem unabhängigen Dritten verständlich machen kann oder die gesprochenen Wörter keinen Sinn mehr ergeben. Die Einschränkung muss mittels Aachener-Aphasie-

Test oder einem anderen anerkannten wissenschaftlichen Test bestätigt sein. Stottern fällt nicht unter den Versicherungsschutz.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Sprechen liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel ausgeglichen werden kann. Zumutbares Hilfsmittel ist z.B. ein Kehlkopfmikrofon.

l) Hören

Der Verlust der Grundfähigkeit Hören liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* eine starke Schwerhörigkeit auf beiden Ohren hat. Das bedeutet, dass auch bei Verwendung zumutbarer Hilfsmittel oder medikamentöser Behandlung eine Schwerhörigkeit auf beiden Ohren im Frequenzbereich des gesprochenen Wortes bei 2 kHz vorliegt, die mittels Tonaudiogramm (Knochenleitung) einen Hörverlust von mindestens 60 dB aufweist.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Hören liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel oder medikamentöse Behandlung ausgeglichen werden kann. Zumutbares Hilfsmittel ist z.B. ein Hörgerät. Zumutbare medikamentöse Behandlungen sind nicht-invasive Behandlungen, wie z.B. die Behandlung mit Medikamenten oder Infusionen.

m) Schreiben

Der Verlust der Grundfähigkeit Schreiben liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr schreiben kann. Das bedeutet, dass die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist - weder mit der rechten noch mit der linken Hand - mindestens fünf Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben in Druckbuchstaben zu schreiben oder abzuschreiben, so dass ein unbeteiligter Dritter sie lesen kann.

n) Tastatur oder Touchscreen benutzen

Der Verlust der Fähigkeit, eine Tastatur oder einen Touchscreen zu benutzen, liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* auch unter Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist weder mit den Fingern der linken noch mit den Fingern der rechten Hand, mindestens fünf sinngebende Wörter mit jeweils mindestens zehn Buchstaben zu tippen oder abzutippen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Tastatur oder Touchscreen benutzen liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden kann. Zumutbares Hilfsmittel ist z.B. eine ergonomisch geformte Tastatur.

o) Gleichgewichtssinn

Der Verlust des Gleichgewichtssinns liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* aufgrund von körperlichen Ursachen nicht mehr zehn Meter entlang einer imaginären Linie mit geschlossenen Augen ohne Fallneigung auf festem und ebenem Untergrund gehen kann und keine 50 Schritte auf fester und ebener Stelle mit geschlossenen Augen treten kann, ohne sich dabei um mindestens 45 Grad zur Seite zu drehen, ohne Fallneigung zu bekommen.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle eines Verlusts des Gleichgewichtssinns aufgrund von Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch.

(3) Wenn Sie die Grundfähigkeiten-Versicherung „**Body & Mind**“ mit uns vereinbart haben, sind alle Grundfähigkeiten der Grundfähigkeiten-Versicherung „**Body**“ (siehe § 2 Absatz 2) versichert. Darüber hinaus bietet sie Versicherungsschutz für die folgenden Grundfähigkeiten:

a) Verlust der Fähigkeit zum Autofahren (PKW)

Der Verlust der Fähigkeit zum Autofahren liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* aufgrund von körperlichen Ursachen nicht mehr zum Führen eines Personenkraftwagens (PKW) in der Lage ist. Dazu muss aus körperlichen Gründen die Fahrerlaubnis für PKW nachweislich entzogen oder nachweislich freiwillig bei der zuständigen Führerscheinebehörde abgegeben werden. Ein verkehrsmedizinisches Gutachten muss bestätigen, dass die versicherte Person aufgrund von körperlichen Einschränkungen nicht mehr zu Führen eines PKW in der Lage ist.

Es liegt – vorbehaltlich Satz 2 - ebenfalls der Verlust der Fähigkeit zum Autofahren vor, wenn

- die *VERSICHERTE PERSON* aus körperlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann. Dies gilt für einen Zeitraum von 20 Jahren, beginnend ab dem Zeitpunkt, ab dem der Erwerb der Fahrerlaubnis für PKW für die *VERSICHERTE PERSON* erstmals möglich ist oder möglich war. Ein verkehrsmedizinisches Gutachten muss bestätigen, dass die *VERSICHERTE PERSON* aus körperlichen Gründen keine Fahrerlaubnis für PKW mehr erwerben kann;

- die versicherte Person aufgrund von motorischen Ursachen nicht mehr in der Lage ist, als Fahrer oder Mitfahrer ohne fremde Hilfe in einen PKW mit einer üblichen Einstiegshöhe, auch unter Verwendung geeigneter Hilfsmittel (z.B. Sitzeinstellungen, Umsetz- oder Aufrichthilfen, integrierte Haltgriffe) ein- oder auszustiegen. Als üblicher Einstieg wird eine Türschwellehöhe bis höchstens 25 cm und die Sitzhöhe eines Standardautositzes oberhalb der Fahrbahn von 50 cm bis höchstens 75 cm angesetzt.

Die Beschwerden, die zu den motorischen Einschränkungen führen, müssen durch entsprechend krankhafter Befunde (z. B. Querschnittslähmung, Zustand nach Schlaganfall) belegt werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle eines Verlusts der Fähigkeit zum Autofahren aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.

b) Eigenverantwortliches Handeln (Betreuung)

Der Verlust der Grundfähigkeit eigenverantwortliches Handeln liegt vor, wenn für die *VERSICHERTE PERSON* durch eine Anordnung eines Betreuungsgerichts in Deutschland für mindestens sechs Monate ununterbrochen ein gesetzlicher Betreuer mit dem Aufgabengebiet „Vermögenssorge mit Einwilligungsvorbehalt“ oder „Aufenthaltsbestimmung“ bestellt wird. Die Notwendigkeit der Betreuung muss zudem durch fachärztliche Berichte nachgewiesen werden.

c) Geistige Leistungsfähigkeit (Intellekt)

Der Verlust der Grundfähigkeit geistige Leistungsfähigkeit liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* in Bezug auf Auffassungsgabe, Gedächtnis, Handlungsplanung, Konzentrationsvermögen, Orientierungsfähigkeit oder Aufmerksamkeit so stark eingeschränkt ist, dass sie nicht mehr in der Lage ist, alltagsrelevante Tätigkeiten (z.B. Körperhygiene, Selbstversorgung, Einkaufen, Putzen, Zubereitung von Essen, Ankleiden und Vereinbarung von Terminen) auszuführen.

Die Diagnose ist durch einen Facharzt der entsprechenden Fachrichtung auf Basis einer ausführlichen Befunderhebung mit körperlicher sowie psychopathologischer Untersuchung unter Verwendung psychometrischer Tests, z.B. Berliner Intelligenzstrukturtest (BIS), Intelligenz-Struktur-Analyse (ISA-L und ISA-S) oder Mini-Mental-Status-Test (MMST), zu stellen.

Hierbei muss eine durch Unfälle und/oder Erkrankungen erworbene Minderung der Intelligenz durch entsprechend anerkannte Testverfahren nachgewiesen werden. Die Ergebnisse der Testverfahren müssen im Bereich der unteren 10 % der zur Normierung verwendeten vergleichbaren Altersstichprobe liegen.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle eines Verlusts der geistigen Leistungsfähigkeit aufgrund von Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch.

d) Fingerfertigkeit

Der Verlust der Grundfähigkeit Fingerfertigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person weder mit der rechten noch mit der linken Hand

- eine Schraube mit einem Regelgewinde und 8 mm Durchmesser in eine passende Mutter schrauben kann, so dass sie sitzt oder
- einen unbeschädigten Reißverschluss einer Jacke aufziehen kann.

e) Unterhaltung führen

Der Verlust der Grundfähigkeit Unterhaltung führen liegt vor, wenn die versicherte Person nicht über einen durchgehenden Zeitraum von zwölf Monaten auf einfache Fragen sinnvoll antworten kann

Eine einfache Frage kann zum Beispiel sein:

- Welches Datum ist heute?
- Was macht man mit einem Fahrrad?

Eine sinnvolle Antwort muss zu der Frage in Bezug stehen und von einer dritten Person verstanden werden.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle eines Verlusts der Fähigkeit eine Unterhaltung zu führen, die auf psychische oder psychosomatische Ursachen zurückzuführen sind.

(4) Wenn Sie die Grundfähigkeiten-Versicherung „**Body & Mind Plus**“ mit uns vereinbart haben, sind alle Grundfähigkeiten der Grundfähigkeiten-Versicherung „**Body**“ (siehe § 2 Absatz 2) und „**Body & Mind**“ (siehe § 2 Absatz 3) versichert. Darüber hinaus bietet sie Versicherungsschutz für die folgenden Grundfähigkeiten:

a) Ziehen und Schieben

Der Verlust der Grundfähigkeit Ziehen und Schieben liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* auch unter Verwendung zumutbarer Hilfsmittel nicht mehr in der Lage ist, eine 85 kg (bzw. für Kinder bis zum vollendeten 15. Lebensjahr das jeweilige Eigengewicht) schwere Person in einem manuellen, unbeschädigten Standard-Rollstuhl 100 Meter weit auf ebenem, festem Boden schieben über einen ebenen, festen Boden 100 Meter weit zu schieben bzw. zu ziehen.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Ziehen und Schieben liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind z.B. Prothesen, Orthesen oder Stützbandagen.

b) Riechen und Schmecken

Der Verlust der Grundfähigkeit Riechen und Schmecken liegt vor, wenn die versicherte Person nicht mehr in der Lage ist,

- Menthol oder Essig zu riechen und
- Glucose oder Zitronensäure zu schmecken.

Die Diagnose ist durch einen Facharzt der entspre-

chenden Fachrichtung auf Basis von wissenschaftlich anerkannten Tests, z.B. Elektroenzephalographie, zu stellen.

c) Bildschirmtätigkeit

Der Verlust der Fähigkeit zur Bildschirmtätigkeit liegt vor, wenn die versicherte Person aufgrund von körperlichen Ursachen nicht mehr in der Lage ist für einen Zeitraum von mehr als 2 Stunden Wörter und Symbole an einem Bildschirm abzulesen.

Dabei sind die jeweils aktuell gültigen Richtlinien zum Arbeitsschutz an Bildschirmarbeitsplätzen einzuhalten.

Ein Verlust der Grundfähigkeit Bildschirmtätigkeit liegt nicht vor, wenn die Einschränkung durch die Verwendung zumutbarer Hilfsmittel vermieden werden kann. Zumutbare Hilfsmittel sind z.B. Brille, Kontaktlinsen oder die Verwendung einer Bildschirmlupe.

Option Mobilität (Fahrradfahren und Nutzung Öffentlicher Personen Nah- und -fernverkehr)

(5) Leistungen aus der Option **Mobilität** können Sie nur erhalten, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Die Vereinbarung dieses Schutzes ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.

(6) Bei Einschluss der Option **Mobilität** liegt auch der Verlust einer Grundfähigkeit vor, wenn eine der beiden nachfolgenden Voraussetzungen erfüllt ist:

a) Fahrradfahren

Der Verlust der Grundfähigkeit Fahrradfahren liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* ausschließlich aufgrund von motorischen Einschränkungen nicht mehr in der Lage ist, sich auf ein einspuriges Fahrrad ohne Mittelstange (Oberrohr) und mit tiefem Einstieg zu setzen und damit einen Kilometer auf ebener Strecke auf einem für Radwege üblichen Bodenbelag zu fahren.

Entscheidend für die Feststellung des Verlusts der Grundfähigkeit sind die motorischen Fähigkeiten, d.h. andere als motorische Einschränkungen (z.B. Angst, Osteoporose oder Fehlsichtigkeit) kommen damit als Ursache nicht in Betracht.

b) Nutzung Öffentlicher Personennah- und -fernverkehr

Der Verlust der Grundfähigkeit Nutzung des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* aufgrund motorischer Einschränkungen, auch unter Verwendung zumutbarer Hilfsmittel, nicht mehr in der Lage ist, ohne fremde Hilfe, in eines der Transportmittel des öffentlichen Personennah- und -fernverkehrs, z.B. Bahn, Straßenbahn, Bus, U-Bahn oder S-Bahn ein- oder aus diesen auszusteigen oder durch sie befördert zu werden. Zumutbare Hilfsmittel sind z.B. Gehhilfen, Haltegriffe oder reservierte Sitze für Menschen mit Mobilitätseinschränkung.

Für die Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit ist nicht relevant, ob die *VERSICHERTE PERSON* selbst in Besitz der Hilfsmittel ist, oder ob diese durch den Transportdienstleister bereitgestellt oder bedient werden, wobei eine Bedienung durch das Personal nicht als fremde Hilfe angesehen wird. Zur Beurteilung des Verlusts der Grundfähigkeit wird eine maximale planmäßige Reisedauer von zwei Stunden zugrunde gelegt.

(7) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle eines Verlusts der Grundfähigkeit Fahrradfahren oder der Grundfähigkeit Nutzung des öffentlichen Personennah- und fernverkehrs aufgrund von Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch.

Option Infektion (teilweises Tätigkeitsverbot)

- (8) Leistungen aus der Option **Infektion** können Sie nur erhalten, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Die Vereinbarung dieser Option ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.
- (9) Bei Einschluss der Option **Infektion** liegt der Verlust der Grundfähigkeit vor, wenn und solange die zuständige Behörde der versicherten Person
- wegen einer von ihr ausgehenden Infektionsgefahr die Ausübung beruflicher Tätigkeiten durch Verfügung zu mindestens 50 % untersagt (zum Stand 01/2025 in § 31 Infektionsschutzgesetz geregelt),
 - sich dieses Tätigkeitsverbot auf einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten erstreckt und
 - die versicherte Person ihre berufliche Tätigkeit auch nicht ausübt.

Ab der Aufhebung des Tätigkeitsverbots liegt kein Verlust einer Grundfähigkeit mehr vor.

Liegt kein behördliches Tätigkeitsverbot vor, kann die Infektionsgefahr auch nach objektiven Kriterien und dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft beurteilt werden. Dazu können wir ein Gutachten von einem Facharzt für Hygiene oder Umweltmedizin einholen.

Option Psyche (Schwere Depression und Schizophrenie)

- (10) Leistungen aus der Option **Psyche** können Sie nur erhalten, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Die Vereinbarung dieses Schutzes ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.
- (11) Bei Einschluss der Option **Psyche** liegt auch der Verlust einer Grundfähigkeit vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* während der *VERSICHERUNGSDAUER* an einer der beiden nachfolgend genannten psychischen Leiden erkrankt.
- a) Schwere Depression
Eine schwere Depression liegt vor, wenn sie von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung diagnostiziert wurde, alle Kriterien entsprechend der medizinischen Standards für diese Erkrankung erfüllt und eine der folgenden Voraussetzungen vorliegt:
- die *VERSICHERTE PERSON* leidet unter einer schweren depressiven Episode, die bereits 12 Monate ununterbrochen andauert;
 - bei der *VERSICHERTE PERSON* sind mehrere schwere depressive Episoden mit einer Gesamtdauer von mindestens 12 Monaten aufgetreten, wobei zwischen zwei schweren depressiven Episoden ein Zeitraum von höchstens sechs Monaten liegen darf.
- b) Schizophrenie
Eine Schizophrenie liegt vor, wenn sie von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung diagnostiziert wurde und beide Voraussetzungen erfüllt:
- die *VERSICHERTE PERSON* leidet unter einer Schizophrenie, die bereits 12 Monate ununterbrochen andauert und
 - die Erkrankung hat in diesem Zeitraum bereits zu einem stationären Aufenthalt in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Fachklinik geführt.
- (12) Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle einer schweren Depression oder Schizophrenie aufgrund von Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch.

Option Arbeitsunfähigkeit

- (13) Leistungen aus der Option **Arbeitsunfähigkeit** können Sie nur erhalten, wenn Sie diesen Schutz mit uns vereinbart haben. Die Vereinbarung dieses Schutzes ist in Ihrem Versicherungsschein dokumentiert.
- (14) Arbeitsunfähigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die versicherte Person für einen ununterbrochenen Zeitraum von mindestens sechs Monaten aufgrund von Krankheit oder Körperverletzung arbeitsunfähig war. Dies muss durch (fach-)ärztliche Bescheinigungen gemäß § 9 belegt werden. Vertraglich vereinbarte Leistungseinschränkungen für Art und Umfang des Versicherungsschutzes gelten auch für die Leistungen bei Arbeitsunfähigkeit.

Pflegebedürftigkeit

- (15) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* infolge Krankheit, Körperverletzung oder Kräfteverfalls, die ärztlich nachzuweisen sind, seit mindestens sechs Monaten ununterbrochen so hilflos ist, dass sie der Hilfe einer anderen Person bedarf. Voraussetzung für die Hilfebedürftigkeit ist, dass die versicherte Person,
- für mindestens vier der in Absatz 16 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.

Pflegebedürftigkeit liegt auch vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* voraussichtlich sechs Monate ununterbrochen für mindestens vier der in Absatz 16 genannten gewöhnlichen und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen der Hilfe einer anderen Person bedarf.

- (16) 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 Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Gehhilfe oder eines Rollstuhls - sich nur mit Hilfe einer anderen Person auf ebener Oberfläche von Zimmer zu Zimmer fortbewegen kann und ihr das Treppensteigen nicht oder nur mit Stützen oder Festhalten der *VERSICHERTEN PERSON* möglich ist.

Aufstehen und Positionswechsel 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie einer Krücke oder eines speziellen Griffes - nur mit Hilfe einer anderen Person von einer erhöhten Sitzfläche (wie Bettkante, Stuhl, Sessel, Bank, Toilette) aufstehen und sich auf einen Rollstuhl, Toilettenstuhl, Sessel o.ä. umsetzen und sich nicht oder nur kurz selbständig in einer Sitzposition halten kann. Zusätzlich kann sie nur durch Hilfsmittel oder Reichen der Hand ihre Lage im Bett verändern.

An- und Auskleiden 1 Punkt
Hilfebedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Schuhhelfer oder Knöpfhilfe - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person den Ober- und Unterkörper an- und auskleiden kann. Das Reichen der Kleidung und die Kontrolle des Sitzes der Kleidung gelten nicht als Hilfebedarf.

Einnehmen von Mahlzeiten und Getränken 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie krankengerechter Essbestecke und Trinkgefäße - nicht ohne fremde Hilfe bereitstehende Getränke aufnehmen und bereit gestellte mundgerecht zubereitete Speisen essen kann. Dies beinhaltet das Aufnehmen, zum Mund Führen, ggf. Abbeißen, Kauen und Schlucken von Speisen, die üblicherweise mit den Fingern gegessen werden.

Waschen 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie Wannengriffen oder einem Wannelift - sich nicht ohne Hilfe einer anderen Person waschen kann, so dass ein akzeptables Maß an Körperhygiene gewahrt bleibt. Das bedeutet, dass die *VERSICHERTE PERSON* beim Waschen und Abtrocknen des Intimbereichs und bei der Durchführung des Dusch- oder Wannensbades einschließlich des Waschens der Haare nur einen begrenzten Teil der Aktivitäten selbständig durchführen kann. Die Unfähigkeit, ins Badezimmer zu gelangen, gilt nicht als Hilfbedarf.

Verrichten der Notdurft 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* - auch bei Benutzung von Hilfsmitteln wie spezieller Griffe oder Toilette mit Duschfunktion - nur mit Hilfe einer anderen Person die Toilette benutzen kann, 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 eine Inkontinenz des Darms bzw. der Blase, die durch die Verwendung von Hilfsmitteln wie Windeln, oder speziellen Einlagen, einem Katheter oder einem Kolostomiebeutel ausgeglichen werden kann, liegt hinsichtlich der Verrichtung der Notdurft keine Pflegebedürftigkeit vor, solange die *VERSICHERTE PERSON* bei Verwendung dieser Hilfsmittel zur Verrichtung der Notdurft nicht auf die Hilfe einer anderen Person angewiesen ist.

Kommunizieren 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr in der Lage ist mit anderen Personen zu kommunizieren, das heißt.

- die *VERSICHERTE PERSON* kann elementare Bedürfnisse nur noch durch nonverbale Reaktionen (wie Mimik, Gestik, Lautäußerungen) mitteilen oder
- die *VERSICHERTE PERSON* äußert von sich aus keine elementaren Bedürfnisse und
- die *VERSICHERTE PERSON* antwortet auf Ansprache/Fragen lediglich in wenigen Worten oder sie weicht im Gespräch in aller Regel vom Gesprächsinhalt ab und
- die *VERSICHERTE PERSON* zeigt keine Eigeninitiative zur Kontaktaufnahme zu Personen innerhalb und außerhalb des direkten Umfeldes und benötigt personelle Unterstützung während der Kontaktaufnahme, z.B. bei der Nutzung von Kommunikationshilfen (wie Telefon bedienen/halten, Brief- oder Mailkontakt).

Denkvermögen 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* sich ihrer selbst und ihrer Umgebung nicht mehr bewusst ist. Das heißt, die *VERSICHERTE PERSON* benötigt den ganzen Tag Hilfe in Form von Erinnern und/oder Auffordern

- beim Treffen geeigneter Entscheidungen zur eigenen Sicherheit und zum Wohlbefinden und beim Ausführen und Steuern von Alltagshandlungen, da sie die Reihenfolge einzelner Handlungsschritte oder einzelne, notwendige Schritte regelmäßig vergisst und
- beim Planen und Strukturieren des Tagesablaufs und

über den Tag hinaus und bei der Auswahl der Durchführung von Freizeitaktivitäten.

Oder die *VERSICHERTE PERSON* ist nicht mehr in der Lage,

- Personen aus dem näheren Umfeld (wie Familienangehörige) zu erkennen und sich an kurz zurückliegende Ereignisse oder Beobachtungen zu erinnern und
- sich in ihrer gewohnten häuslichen und außerhäuslichen Umgebung zurechtzufinden und dortige Risiken und Gefahren zu erkennen und
- sich auch unter Nutzung äußerer Orientierungshilfen zeitlich zu orientieren und Tageszeiten mit regelmäßigen Ereignissen (wie Mittagessen) zu erkennen und
- einfache Sachverhalte, Informationen sowie Aufforderungen zu verstehen, wenn diese nicht wiederholt und erläutert werden.

Umgang mit Emotionen 1 Punkt
Hilfbedarf liegt vor, wenn die *VERSICHERTE PERSON* nicht mehr alleine mit Emotionen, Wahrnehmungen, Gefühlen sowie Risiken und Gefahren umgehen kann. Dies ist der Fall, wenn die *VERSICHERTE PERSON* mindestens zweimal wöchentlich

- Hilfe einer anderen Person beim Einschlafen, Weiter-schlafen und bei der Bewältigung von motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten (wie ständiges Aufstehen, zielloses Umhergehen) benötigt oder
- verbal oder physisch aggressiv gegenüber sich selbst, anderen Personen oder Gegenständen wird und Unterstützung (wie bei der Körperpflege, der Nahrungsaufnahme) ablehnt oder
- unter Angstattacken oder Wahnvorstellungen leidet, d.h. sie fühlt sich verfolgt/bedroht/bestohlen und hat starke Ängste oder
- antriebslos oder schwer depressiv ist, d.h. sie bringt keine Eigeninitiative für Aktivitäten oder Kommunikation auf, wirkt apathisch.

(17) Ist der Hilfbedarf beim Kommunizieren, beim Denkvermögen oder beim Umgang mit Emotionen auf Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch zurückzuführen, dann wird diese Verrichtung im Ablauf des täglichen Lebens bei der Bewertung der Pflegebedürftigkeit nicht berücksichtigt.

(18) Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen liegt auch vor, wenn eine Pflegebedürftigkeit mindestens des Pflegegrades 2 nach den Regelungen der §§ 14 und 15 SGB XI mit Stand 01.01.2017 festgestellt wird. Eine Änderung des Gesetzes führt zu keiner Änderung des Leistungsumfangs dieses Vertrages.

Den für diesen Vertrag maßgebenden Gesetzestext mit Stand vom 01.01.2017 finden Sie in „Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition des Pflegebegriffs nach §§ 14 und 15 SGB XI (Stand 01.01.2017)“.

(19) Unabhängig von einer Pflegebedürftigkeit gemäß Absatz 15 oder 18, liegt Pflegebedürftigkeit im Sinne dieser Bedingungen auch dann vor, wenn bei der *VERSICHERTEN PERSON* eine mittelschwere oder schwere Demenz diagnostiziert wird.

Eine mittelschwere oder schwere Demenz setzt den Verlust geistiger Fähigkeiten voraus, die sich auf das Denk-, Erkennungs-, Erinnerungs- und Orientierungsvermögen auswirken.

Die Pflegebedürftigkeit infolge Demenz ist ärztlich nachzuweisen.

Die Diagnose der demenziellen Erkrankung und die Beurteilung des Schweregrades der kognitiven Beeinträchtigung

tigung 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.

Vom Versicherungsschutz ausgenommen sind alle Fälle von Demenz aufgrund von Alkohol-, Drogen oder Medikamentenmissbrauch.

§ 3 Wie erfolgt die Überschussbeteiligung?

- (1) Wir beteiligen Sie an dem Überschuss und an den *BEWERTUNGSRESERVEN* (Überschussbeteiligung). Die Leistung aus der Überschussbeteiligung kann auch Null Euro betragen. In den nachfolgenden Absätzen erläutern wir Ihnen,
 - wie wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens ermitteln und wie wir diesen verwenden (Absatz 2),
 - wie Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt wird (Absätze 3 und 4),
 - wie *BEWERTUNGSRESERVEN* entstehen und wie wir diese Ihrem Vertrag zuordnen (Absätze 5 und 6),
 - warum wir die Höhe der Überschussbeteiligung Ihres Vertrages nicht garantieren können (Absatz 7) und
 - wie wir Sie über die Überschussbeteiligung informieren (Absatz 8).

Wie ermitteln wir den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens und wie verwenden wir diesen?

- (2) Den in einem Geschäftsjahr entstandenen Überschuss unseres Unternehmens (Rohüberschuss) ermitteln wir nach handels- und aufsichtsrechtlichen Vorschriften. Mit der Feststellung des Jahresabschlusses legen wir fest, welcher Teil des Rohüberschusses für die Überschussbeteiligung aller überschussberechtigten Verträge zur Verfügung steht. Dabei beachten wir die aufsichtsrechtlichen Vorgaben, derzeit insbesondere die Verordnung über die Mindestbeitragsrückerstattung in der Lebensversicherung (Mindestzuführungsverordnung).

Den danach zur Verfügung stehenden Teil des Rohüberschusses führen wir der Rückstellung für Beitragsrückerstattung zu, soweit wir ihn nicht als Direktgutschrift unmittelbar den überschussberechtigten Versicherungsverträgen gutgeschrieben haben. Sinn der Rückstellung für Beitragsrückerstattung ist es, Schwankungen des Überschusses über die Jahre auszugleichen. Die Rückstellung für Beitragsrückerstattung dürfen wir grundsätzlich nur für die Überschussbeteiligung der *VERSICHERUNGSNEHMER* verwenden. Nur in gesetzlich festgelegten Ausnahmefällen können wir hiervon mit Zustimmung der Aufsichtsbehörde abweichen.

Ansprüche auf eine bestimmte Höhe der Beteiligung Ihres Vertrages am Überschuss ergeben sich aus der Zuführung zur Rückstellung für Beitragsrückerstattung nicht.

Wir haben gleichartige Versicherungen (z. B. Rentenversicherungen, Risikolebensversicherungen, Berufsunfähigkeitsversicherungen) zu Bestandsgruppen zusammengefasst. Bestandsgruppen bilden wir, um die Unterschiede bei den versicherten Risiken zu berücksichtigen.

Wie wird Ihr Vertrag an dem Überschuss beteiligt?

- (3) Bei der Verteilung des Überschusses auf die einzelnen

Verträge wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an. Hierzu bilden wir Bestandsgruppen.

Ihr Vertrag gehört zur Bestandsgruppe Einzel-Berufsunfähigkeitsversicherung. Wir verteilen den Überschuss in dem Maß, wie die Bestandsgruppen zu seiner Entstehung beigetragen haben. Hat eine Bestandsgruppe nicht zur Entstehung des Überschusses beigetragen, besteht insoweit kein Anspruch auf Überschussbeteiligung.

Wurde Ihr Vertrag auf der Grundlage eines Kollektivvertrages oder eines Kollektivrahmenvertrages abgeschlossen, gehört der Vertrag abweichend von obiger Regelung zur Bestandsgruppe Übrige Kollektiv-Versicherungen.

- (4) Der Vorstand legt jedes Jahr auf Vorschlag des Verantwortlichen Aktuars fest, wie der Überschuss auf die Bestandsgruppen verteilt wird und setzt die entsprechenden Überschussanteilsätze fest (Überschussdeklaration). Dabei achtet er darauf, dass die Verteilung verursachungsorientiert erfolgt.

Ihr Vertrag erhält auf der Grundlage der Überschussdeklaration Anteile an dem auf Ihre Bestandsgruppe entfallenden Teil des Überschusses. Die Mittel hierfür werden bei der Direktgutschrift zulasten des Ergebnisses des Geschäftsjahres finanziert, ansonsten der Rückstellung für Beitragsrückerstattung entnommen.

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.

In der Rentenbezugszeit werden die anfallenden jährlichen Überschussanteile zur Erhöhung der laufenden Rente verwendet. Nach Ablauf eines Jahres wird die Rente jeweils am *VERSICHERUNGSJAHRESTAG* um den deklarierten Prozentsatz der erreichten Rente erhöht.

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

Wie entstehen *BEWERTUNGSRESERVEN* und wie ordnen wir diese Ihrem Vertrag zu?

- (5) *BEWERTUNGSRESERVEN* entstehen, wenn der Marktwert der Kapitalanlagen über ihrem jeweiligen handelsrechtlichen Buchwert liegt.

Da vor Eintritt eines Leistungsfalls keine oder allenfalls geringfügige Beträge zur Verfügung stehen, um Kapital zu bilden, entstehen auch keine oder nur geringfügige *BEWERTUNGSRESERVEN*. Dennoch entstehende *BEWERTUNGSRESERVEN*, die nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften für die Beteiligung der Verträge zu berücksichtigen sind, ordnen wir den Verträgen anteilig rechnerisch zu. Dabei wenden wir ein verursachungsorientiertes Verfahren an.

Die Höhe der *BEWERTUNGSRESERVEN* ermitteln wir jährlich neu, zusätzlich ermitteln wir die Höhe der *BEWERTUNGSRESERVEN* auch für den Zeitpunkt der Beendigung Ihres Vertrages.

- (6) Bei **Beendigung Ihres Vertrages** (etwa durch Kündigung mit Auszahlung eines etwaigen Ansammlungsguthabens oder Tod) gilt Folgendes: Wir teilen Ihrem Vertrag dann den für diesen Zeitpunkt zugeordneten Anteil an den *BEWERTUNGSRESERVEN* gemäß der jeweils geltenden gesetzlichen Regelung zu und zahlen diesen bei Beendigung aus.

Bei Verträgen mit Sofortverrechnung der Überschüsse mit den Beiträgen 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 darauffolgende 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 Zins-träger (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.

Warum können wir die Höhe der Überschussbeteiligung nicht garantieren?

- (7) Die Höhe der Überschussbeteiligung hängt von vielen Einflüssen ab, die nicht vorhersehbar und von uns nur begrenzt beeinflussbar sind. Einflussfaktoren sind insbesondere die Entwicklung des Risikos des Verlusts einer Grundfähigkeit, des Kapitalmarkts und der Kosten.

Die Höhe der künftigen Überschussbeteiligung kann also nicht garantiert werden. Sie kann auch Null Euro betragen.

Wie informieren wir über die Überschussbeteiligung?

- (8) Die festgelegten Überschussanteilsätze veröffentlichen wir jährlich in unserem Geschäftsbericht. Diesen finden Sie auf unserer Internetseite oder Sie können ihn bei uns anfordern.

§ 4 Wann beginnt Ihr Versicherungsschutz?

Ihr Versicherungsschutz beginnt mit Abschluss des Vertrages. Jedoch besteht vor dem im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn kein Versicherungsschutz. Allerdings kann unsere Leistungspflicht entfallen, wenn Sie den Beitrag nicht rechtzeitig zahlen (siehe § 16 Absatz 2 und 3 und § 17).

§ 5 In welchen Fällen ist der Versicherungsschutz ausgeschlossen?

- (1) Grundsätzlich besteht unsere Leistungspflicht unabhängig davon, wie es zu dem Versicherungsfall gekommen ist.

Es besteht kein Versicherungsschutz, wenn der Versicherungsfall verursacht wird:

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

Diese Einschränkung gilt nicht, wenn die *VERSICHERTE PERSON* in unmittelbarem oder mittelbarem Zusammenhang mit kriegerischen Ereignissen eine Grundfähigkeit

verliert oder pflegebedürftig oder bei Einschluss der Option **Arbeitsunfähigkeit** arbeitsunfähig wird, denen sie während eines Aufenthalts außerhalb der Bundesrepublik Deutschland ausgesetzt und an denen sie nicht aktiv beteiligt war.

Die Einschränkung gilt auch dann nicht, wenn die *VERSICHERTE PERSON* als Mitglied der deutschen Bundeswehr, Polizei oder Bundespolizei mit Mandat der NATO oder UNO an deren humanitären Hilfeleistungen oder friedenssichernden Maßnahmen außerhalb der territorialen Grenzen der NATO-Mitgliedsstaaten teilnimmt.

- 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 Bezugsberechtigte *VORSÄTZLICH* den Versicherungsfall bei 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.

Dieser Einsatz oder dieses Freisetzen muss darauf gerichtet sein, das Leben oder die Gesundheit einer Vielzahl von Personen zu gefährden und zu einer nicht vorhersehbaren Veränderung des Leistungsbedarfs gegenüber den technischen Berechnungsgrundlagen zu führen, so dass die Erfüllbarkeit der zugesagten Versicherungsleistungen nicht mehr gewährleistet ist. Dies muss von einem unabhängigen Treuhänder gutachterlich bestätigt werden.

- (2) Im Übrigen bestehen spezielle Ausschlüsse und Einschränkungen für einzelne Grundfähigkeiten. Diese Ausschlüsse und Einschränkungen sind unter den Definitionen der jeweiligen versicherten Grundfähigkeit in § 2 aufgeführt.

§ 6 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* 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 eine andere 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 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 anpassen 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 der Vertrag. 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. Auf unser Kündigungsrecht verzichten wir, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

- (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 gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten.

- (10) Wenn wir den Vertrag kündigen, wandelt er sich mit der Kündigung nach Maßgabe des § 18 in einen beitragsfreien Vertrag um.

Vertragsanpassung

- (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 gefahrerheblichen Umstände geschlossen hätten (siehe Absatz 5 und Absatz 9), werden die anderen Bedingungen auf unser Verlangen rückwirkend Vertragsbestandteil. Haben Sie die Anzeigepflichtverletzung nicht zu vertreten, werden die anderen Bedingungen erst ab der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 16 Absatz 2 Satz 3) Vertragsbestandteil. Auf unser Recht zur Vertragsanpassung verzichten wir, wenn Sie uns nachweisen, dass die Anzeigepflichtverletzung unverschuldet erfolgt ist.

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

- wir im Rahmen einer Vertragsanpassung 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 Vertragsanpassung hinweisen.

Voraussetzungen für die Ausübung unserer Rechte

- (13) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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 Vertragsanpassung, wenn wir den nicht angezeigten Umstand oder die Unrichtigkeit der Anzeige kannten.

- (15) Wir können unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung oder zur Vertragsanpassung 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 Vertragsanpassung. 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, beträgt die Frist zehn Jahre.

Anfechtung

- (17) Wir können den Vertrag auch anfechten, falls unsere

Entscheidung zur Annahme des Vertrages durch unrichtige oder unvollständige Angaben bewusst und gewollt beeinflusst 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 / 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 Vertrages bezüglich des geänderten oder wiederhergestellten Teils neu.

Erklärungsempfänger

- (19) Unsere Rechte zum Rücktritt, zur Kündigung, zur Vertragsanpassung 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.

Anzeigepflicht bei Wechsel in eine selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung

- (20) Die Absätze 1 bis 19 finden entsprechend auch auf Verträge Anwendung, die im Zusammenhang mit dem Wechsel einer Grundfähigkeiten-Versicherung in eine selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung zustande gekommen sind. Die bei Abschluss der zugrundeliegenden Grundfähigkeiten-Versicherung nach § 25 Absatz 1 Satz 2 durchgeführte Gesundheitsprüfung bildet die Grundlage für die Schließung der Grundfähigkeiten-Versicherung und der durch Ausübung der Wechseloption nach § 25 Absatz 1 zustande gekommenen selbständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung. Wir verzichten bei Abschluss der selbständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung auf eine erneute Gesundheitsprüfung im Vertrauen darauf, dass Sie uns bei Schließung der zugrundeliegenden Grundfähigkeiten-Versicherung alle bekannten Umstände, die für die Übernahme der Gefahr erheblich sind, vollständig und richtig angezeigt haben. Sollte sich Ihr Gesundheitszustand nach Schließung der zugrundeliegenden Grundfähigkeiten-Versicherung verschlechtern, müssen Sie uns dies daher nicht anzeigen.

Stellen wir nach Ausübung der Wechseloption bei der zugrundeliegenden Grundfähigkeiten-Versicherung eine Anzeigepflichtverletzung fest, die uns bei Fortbestehen des Vertrages berechtigen würde, von diesem Vertrag zurückzutreten, ihn zu kündigen, anzufechten oder eine Vertragsanpassung durchzuführen, teilt die durch Ausübung der Wechseloption zustande gekommene selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung das rechtliche Schicksal der zugrunde liegenden Grundfähigkeiten-Versicherung. Würde unsere Leistungspflicht aus der zugrundeliegenden Grundfähigkeiten-Versicherung bei Ausübung der uns aufgrund der Anzeigepflichtverletzung zustehenden Rechte entfallen oder würde eine Vertragsanpassung durchgeführt werden können, stehen uns die entsprechenden Rechte auch in Bezug auf die durch Ausübung der Wechseloption geschlossene Berufsunfähigkeits-Versicherung zu.

§ 7 Was gilt bei einer Gefahrerhöhung nach Vertragsschluss?

Nach Vertragsschluss (also dem Zugang unserer Annahmeerklärung bei Ihnen) verzichten wir auf die Anwendung der §§ 23 bis 26 VVG. Das heißt, dass Sie uns nach Vertragsschluss gefahrerhöhende Umstände (z.B. einen Berufswechsel oder einer neuen Freizeitaktivität) nicht mitteilen müssen.

§ 8 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung bei Verlust einer Grundfähigkeit verlangt wird?

- (1) Wird eine Leistung aus der **Grundfähigkeiten-Versicherung** beansprucht, müssen uns unverzüglich und auf Kosten des Ansprucherhebenden folgenden Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:
- a) eine Darstellung der Ursache für den Eintritt des Verlusts der Grundfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit;
 - b) ausführliche Berichte der (Fach-)Ärzte und anderer Heilbehandler, die die *VERSICHERTE PERSON* gegenwärtig behandeln bzw. behandelt oder untersucht haben, über:
 - die Ursache des Leidens,
 - den Beginn des Leidens,
 - die Art des Leidens,
 - den Verlauf des Leidens und
 - die voraussichtliche Dauer des Leidens der sowie
 - über die Auswirkungen des Verlusts der Grundfähigkeit oder über Art und Umfang der Pflegebedürftigkeit.
- Die Erkrankungen oder Unfallverletzungen, die zu einem Verlust der Grundfähigkeiten geführt haben, müssen durch geeignete medizinische Befunde eines Facharztes der entsprechenden Fachrichtung (z.B. Chirurgie, Neurologie, Orthopädie oder Rheumatologie, Augenarzt) nachgewiesen werden.
- c) bei gesetzlicher Betreuung Kopien der gerichtlichen Anordnung der Betreuung und Kopien des Betreuerausweises sowie der im Verfahren erstellten fachärztlichen Befunde, Berichte und Gutachten;
 - d) bei Verlust der Fähigkeit des Autofahrens (PKW) Kopien der amtlichen und (fach-)ärztlichen Unterlagen über den Entzug oder die Nichterteilung der Fahrerlaubnis sowie Kopien der (verkehrs-)medizinischen Berichte und verkehrsmedizinischen Gutachten und im Falle einer freiwilligen Abgabe eine schriftliche Bestätigung der Behörde über die Abgabe der Fahrerlaubnis;
 - e) bei Vorliegen eines Tätigkeitsverbots die behördliche Verfügung im Original oder in amtlich beglaubigter Form;
 - f) nach Aufforderung zudem Angaben über den Beruf und das Einkommen aus beruflicher Tätigkeit; hierzu zählen auch Nachweise über die wirtschaftlichen und finanziellen Verhältnisse und ihre Veränderungen zum Zeitpunkt des Abschlusses des Vertrages sowie bei Verlust der Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit;
 - g) bei Pflegebedürftigkeit zusätzlich Kopien der (sozial-)medizinischen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) bzw. von MEDICPROOF zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit bzw. des Pflegegrades sowie eine Bescheinigung

der Person oder der Einrichtung, die mit der Pflege betraut ist, über Art und Umfang der Pflege; eine Aufstellung

- der Ärzte, anderen Heilbehandler, Krankenhäuser, Krankenanstalten, Reha- und Pflegeeinrichtungen oder Pflegepersonen, bei denen die *VERSICHERTE PERSON* in Behandlung war, ist oder – sofern bekannt – sein wird,
- der Versicherungsgesellschaften, Sozialversicherungsträger oder sonstiger Versorgungsträger, bei denen die *VERSICHERTE PERSON* Leistungen wegen Berufsunfähigkeit bzw. verminderter Erwerbsfähigkeit oder Schwerbehinderung geltend machen könnte oder bereits beantragt hat.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit nach § 21 gegeben wird.

- (2) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht können wir weitere erforderliche Auskünfte und Unterlagen von Krankenhäusern sowie sonstigen Krankenanstalten, bei denen die *VERSICHERTE PERSON* in Behandlung war oder sein wird, sowie notwendige Nachweise – auch über wirtschaftliche Verhältnisse und ihre Veränderungen – verlangen. Außerdem dürfen wir erforderliche Auskünfte und Unterlagen von Personenversicherern, Berufsgenossenschaften, gesetzlichen Krankenkassen sowie von den Arbeitgebern der *VERSICHERTEN PERSON* sowie von Behörden anfordern, soweit wir dazu befugt sind. Auf unsere Kosten können wir ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte oder andere Heilbehandler in Auftrag geben.

Hat die *VERSICHERTE PERSON* bei Abgabe der Vertragserklärung oder im Rahmen der Leistungsprüfung hierzu ihre generelle Einwilligung erteilt, werden wir sie vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die *VERSICHERTE PERSON* kann der Erhebung widersprechen oder jederzeit verlangen, dass diese Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Die *VERSICHERTE PERSON* kann die erforderlichen Auskünfte und Aufklärungen auch selbst beschaffen.

Erhalten wir die zur Feststellung unserer Leistungspflicht notwendigen Auskünfte und Unterlagen nicht, kann dies dazu führen, dass die Erhebungen nicht abgeschlossen werden können und die Versicherungsleistung nicht fällig wird, d.h. wir auch keine Leistungen erbringen müssen.

- (3) Hält sich die *VERSICHERTE PERSON* im Ausland auf, können wir verlangen, dass die erforderlichen ärztlichen Untersuchungen (vgl. Absatz 2) durch von uns beauftragte Ärzte in der Bundesrepublik Deutschland durchgeführt werden. Nur in diesem Fall übernehmen wir alle üblichen Reise- und Unterbringungskosten, die im Zusammenhang mit diesen Untersuchungen stehen. Unter den üblichen Reise- und Unterbringungskosten verstehen wir – falls erforderlich - die Anreisekosten für eine Bahnfahrt 2. Klasse oder einen Flug in der economy class sowie die Unterbringung in einem Mittelklassehotel (3 Sterne).
- (4) Die *VERSICHERTE PERSON* ist dazu verpflichtet, zumutbare Hilfsmittel (z. B. Sehhilfe, Prothese) zu verwenden und zumutbare Heilbehandlungen vorzunehmen, die eine wesentliche Besserung ihrer gesundheitlichen Beeinträchtigung erwarten lassen. Zumutbar sind Heilbehandlungen, die gefahrlos und nicht mit besonderen Schmerzen verbunden sind und die in § 2 beispielhaft beschrieben werden. Heilbehandlungen, die mit einem operativen Eingriff verbunden sind, sehen wir in diesem Zusammenhang als nicht zumutbar an.
- (5) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des

Versicherungsfalls und des Umfangs der Leistung des Versicherers notwendig sind. Wenn Sie eine der in Absatz 1 bis 4 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.

- (6) Für eine Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Absatz 1 bis 4 gilt § 13.
- (7) Bei Überweisungen von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 9 Was ist zu beachten, wenn eine Leistung aus der Option Arbeitsunfähigkeit verlangt wird?

- (1) Wird eine **Leistung aus der Option Arbeitsunfähigkeit** aus dem Vertrag beansprucht, müssen uns unverzüglich und auf Kosten des Ansprucherhebenden folgende Auskünfte, die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlich sind, gegeben und Nachweise vorgelegt werden:
- a) für Personen, für die ein gesetzlicher Anspruch auf Entgeltfortzahlung, ein Anspruch auf Krankentagegeld oder eine Anzeigepflicht der Arbeitsunfähigkeit gegenüber der Agentur für Arbeit besteht, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen entsprechend der in Deutschland geltenden gesetzlichen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen;
 - b) für andere Personen (wie z.B. Selbständige ohne gesetzlichen Krankengeldanspruch oder Beamte des öffentlichen Dienstes) entsprechende privatärztliche Berichte, wie etwa Bescheinigungen zur Beantragung von Krankentagegeld oder Dienstunfähigkeitsbescheinigungen;
 - c) für nicht erwerbstätige Personen (wie z.B. Hausfrauen/Hausmänner oder Studenten) entsprechende vergleichbare ärztliche Bescheinigungen;
 - d) soweit vorliegend, amts- oder betriebsärztliche Bescheinigungen sowie Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse (MDK) oder der Agentur für Arbeit sowie Gesundheitszeugnisse.

Darüber hinaus können wir verlangen, dass uns die Auskunft über die steuerliche Ansässigkeit nach § 21 gegeben wird.

- (2) Die Bescheinigungen nach Absatz 1 müssen von einem zugelassenen und praktizierenden Arzt ausgestellt worden sein. Der Arzt darf nicht zugleich Versicherungsnehmer oder versicherte Person sein bzw. in einem Verwandtschaftsverhältnis zu diesen stehen.
- (3) Pro Leistungsfall ist mindestens eine Bescheinigung nach Absatz 1 über die Arbeitsunfähigkeit von einem Facharzt der entsprechenden Fachrichtung auszustellen.

Sämtliche Bescheinigungen müssen Angaben zu Beginn und voraussichtliche Dauer der Arbeitsunfähigkeit sowie zu der bzw. den zugrundeliegenden Diagnosen entsprechend den aktuellen in Deutschland gültigen Bestimmungen und Richtlinien der Krankenkassen (Diagnoseschlüssel nach der jeweils geltenden internationalen Klassifikation – ICD-10) enthalten.

- (4) Abschluss- und/oder Entlassungsberichte über eine Anschlussheilbehandlung bzw. eine medizinische Rehabilitation auf Kosten der gesetzlichen Sozialversicherung gelten – sofern dort eine Arbeitsunfähigkeit bestätigt wird – ebenfalls als Nachweis für das Vorliegen bzw. Fortbestehen einer Arbeitsunfähigkeit bis zur Beendigung dieser Heilbehandlung.

-
- (5) Die Kosten für die in Absatz 1 bis 4 erforderlichen Nachweise hat der Ansprucherhebende zu tragen.
- (6) Zur Feststellung unserer Leistungspflicht sind wir berechtigt, weitere Auskünfte und Unterlagen von Krankenhäusern sowie sonstigen Krankenanstalten, bei denen die versicherte Person in Behandlung war oder sein wird, sowie notwendige Nachweise – auch über wirtschaftliche Verhältnisse und ihre Veränderungen – zu verlangen. Außerdem dürfen wir Auskünfte und Unterlagen von Personenversicherern, Berufsgenossenschaften, gesetzlichen Krankenkassen sowie von den Arbeitgebern der versicherten Person sowie von Behörden anfordern. Auf unsere Kosten können wir ärztliche Untersuchungen durch von uns beauftragte Ärzte oder andere Heilbehandler in Auftrag geben.

Hat die versicherte Person bei Abgabe der Vertragserklärung oder im Rahmen der Leistungsprüfung hierzu ihre Einwilligung erteilt, werden wir sie vor der Erhebung einer solchen Auskunft informieren. Die versicherte Person kann der Erhebung widersprechen oder jederzeit verlangen, dass diese Erhebung von Daten nur erfolgt, wenn sie jeweils in die einzelne Erhebung eingewilligt hat. Die versicherte Person kann die erforderlichen Auskünfte und Aufklärungen auch selbst beschaffen.

Erhalten wir die zur Feststellung unserer Leistungspflicht notwendigen Auskünfte und Unterlagen nicht, kann dies dazu führen, dass die Erhebungen nicht abgeschlossen werden können und die Versicherungsleistung nicht fällig wird, d.h. wir auch keine Leistungen erbringen müssen.

- (7) Unsere Leistungen werden fällig, nachdem wir die Erhebungen abgeschlossen haben, die zur Feststellung des Versicherungsfalls und unserer Leistungspflicht notwendig sind. Wenn Sie eine der in Absatz 1 bis 6 genannten Pflichten nicht erfüllen, kann dies zur Folge haben, dass wir nicht feststellen können, ob oder in welchem Umfang wir leistungspflichtig sind. Eine Pflichtverletzung kann somit dazu führen, dass unsere Leistung nicht fällig wird.
- (8) Für eine Verletzung der Mitwirkungspflichten nach Absatz 1 bis 6 gilt § 13.
- (9) Bei Überweisungen von Leistungen in Länder außerhalb des Europäischen Wirtschaftsraums trägt die empfangsberechtigte Person die damit verbundene Gefahr.

§ 10 Wie unterstützen wir Sie, wenn Leistungen aus dieser Versicherung verlangt werden?

Werden Leistungen aus der Grundfähigkeiten-Versicherung beansprucht, unterstützen wir den *VERSICHERUNGSNEHMER* bzw. die *VERSICHERTE PERSON* auf Wunsch kostenfrei bei Fragen:

- zur Beantragung von Versicherungsleistungen;
- zum Verfahren der Leistungsprüfung;
- zur Darstellung der Ursache für den Verlust der Grundfähigkeit oder der Pflegebedürftigkeit;
- zur Beschreibung der zuletzt ausgeübten beruflichen Tätigkeit der *VERSICHERTEN PERSON* und - soweit erforderlich - den eingetretenen Veränderungen;
- zum Umfang der Versicherungsleistungen.

Die zur Feststellung unserer Leistungspflicht erforderlichen Auskünfte (siehe § 8 und § 9) können wir auf Wunsch der *VERSICHERTEN PERSON* auch im Rahmen eines persönlichen Gesprächs aufnehmen. Gerne können Sie uns hierzu anrufen. Alle verfügbaren Formulare um Leistungen zu beantragen, erhalten Sie direkt von uns oder dem von uns beauftragten Dienstleister.

Wir unterstützen Sie im gleichen Umfang, wenn wir Ihnen zunächst befristet die vereinbarten Leistungen zahlen konnten und Sie auch über diesen Zeitraum hinaus Leistungen beantragen.

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

- (1) Nach Prüfung der uns eingereichten sowie der von uns angeforderten Unterlagen erklären wir in *TEXTFORM*, ob und für welchen Zeitraum wir eine Leistungspflicht anerkennen.
- (2) Wir können unsere Leistungspflicht bei Verlust einer Grundfähigkeit einmalig zeitlich befristet für einen Zeitraum bis zu 12 Monaten anerkennen, wenn hierfür ein sachlicher Grund besteht. Diesen werden wir Ihnen mitteilen. Bis zum Ablauf der Frist ist dieses Anerkenntnis für uns bindend; eine Nachprüfung ist während der Befristung ausgeschlossen.
- (3) Grundsätzlich erfolgt die Anerkenntnis unserer Leistungspflicht bei Verlust einer Grundfähigkeit ohne zeitliche Befristung. Eine Befristung unserer Leistungspflicht bei Verlust einer Grundfähigkeit werden wir nur in begründeten Einzelfällen vornehmen, beispielsweise wenn nicht geklärt ist, ob für die *VERSICHERTE PERSON* noch ergänzende Untersuchungen oder Begutachtungen erforderlich sind oder ob aus medizinischen Gründen (z.B. ausstehender Abschluss einer medizinischen Behandlung oder einer Rehabilitationsmaßnahme, ein Ende der Leistungspflicht zum Ablauf der Befristung zu erwarten ist.

Bis zum Ablauf der Frist ist das zeitlich befristete Anerkenntnis für uns bindend. Wir führen innerhalb dieses Zeitraums keine Nachprüfung der Leistungspflicht bei Verlust einer Grundfähigkeit durch. Nach Ablauf der Befristung teilen wir dem *VERSICHERUNGSNEHMER* bzw. der *VERSICHERTEN PERSON* unaufgefordert in *TEXTFORM* mit, welche Auskünfte und Nachweise erforderlich sind, um weitere Leistungsansprüche zu beanspruchen.

- (4) Während der Prüfung Ihres Anspruchs auf Leistung aus der Grundfähigkeiten-Versicherung werden wir Sie jeweils innerhalb von drei Wochen nach Eingang von Unterlagen gemäß § 8 über erforderliche weitere Prüfungsschritte bzw. fehlende Unterlagen informieren. Liegen uns alle für unsere Leistungsentscheidung erforderlichen Unterlagen gemäß § 8 vor, so entscheiden wir innerhalb von drei Wochen über unsere Leistungspflicht. Solange Auskünfte und Unterlagen noch ausstehen, informieren wir Sie spätestens alle vier Wochen über den Sachstand der Leistungsprüfung.
- (5) Der Anspruch auf die Leistungen 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 Leistungen entstanden ist und Sie von den Umständen, die den Anspruch begründen, Kenntnis erlangt oder ohne grobe Fahrlässigkeit erlangen mussten.

§ 12 Was gilt für die Nachprüfung bei Verlust der Grundfähigkeit?

Nachprüfung

- (1) Wenn wir unsere Leistungspflicht unbefristet anerkannt haben oder sie gerichtlich festgestellt worden ist, sind wir berechtigt, das Fortbestehen des Verlusts der Grundfähigkeit oder das Ausmaß 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 § 8 Absatz 2 bis 4 gelten entsprechend.

Mitteilungspflicht

- (3) Sie müssen uns *UNVERZÜGLICH* mitteilen, wenn
- die verloren gegangene Grundfähigkeit wiedererlangt wurde;
 - die gesetzliche Betreuung aufgehoben wird;
 - die Fahrerlaubnis für PKW (wieder) erteilt wird;
 - sich eine tätigkeitsverbotende behördliche Anordnung ändert oder aufgehoben wird.

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* darlegen. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.
- (5) Liegt die Leistungspflicht infolge Pflegebedürftigkeit vor und ist der Umfang der Pflegebedürftigkeit unter die in § 2 Absatz 15, 18 oder 19 genannte Schwelle gesunken, stellen wir unsere Leistungen ein. Unsere Leistungen können wir mit Ablauf des dritten Monats nach Zugang unserer Erklärung bei Ihnen einstellen. Ab diesem Zeitpunkt müssen Sie auch die Beiträge wieder zahlen.

§ 13 Was gilt bei einer Verletzung der Mitwirkungspflichten im Rahmen der Nachprüfung?

Solange eine Mitwirkungspflicht nach § 8, § 9 und § 11 von Ihnen, der *VERSICHERTEN PERSON* oder dem Anspruchshebenden *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* auf diese Rechtsfolgen hingewiesen haben.

Weisen Sie nach, dass die Mitwirkungspflicht nicht *GROB FAHRLÄSSIG* verletzt worden ist, bleibt unsere Leistungspflicht bestehen.

Die Ansprüche 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 dann laufenden Monats nach Maßgabe dieser Bedingungen zur Leistung verpflichtet.

§ 14 Welche Bedeutung hat der Versicherungsschein?

- (1) Wir können Ihnen den Versicherungsschein in *TEXTFORM* 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.

§ 15 Wer erhält die Leistung?

- (1) Als unser *VERSICHERUNGSNEHMER* können Sie bestimmen, wer die Leistung erhält. Gegebenenfalls bedarf es hierzu zusätzlich einer Zustimmung Dritter. Wenn sie **keine Bestimmungen** treffen, leisten wir an Sie als unseren *VERSICHERUNGSNEHMER*.

Bezugsberechtigung

- (2) Sie können uns widerruflich oder unwiderruflich eine andere Person benennen, die die Leistung erhalten soll (Bezugsberechtigter).

Als Bezugsberechtigten können Sie aus steuerlichen Gründen nur die *VERSICHERTE PERSON* oder *DAUERHAFT (NAHE) ANGEHÖRIGE* der versicherten Person im Sinne von § 4 Absatz 1 Nr. 5 Buchstabe b) Versicherungsteuergesetz (VersStG) in der jeweils gültigen Fassung benennen.

DAUERHAFT (NAHE) ANGEHÖRIGE sind nach derzeitiger Rechtslage (Stand 01/2022) insbesondere:

- Kinder und Adoptivkinder,
- der Ehegatte oder eingetragener Lebenspartner im Sinne des LPartG,
- Verwandte und Verschwägerter gerader Linie (Eltern, Großeltern, Enkel, Urgroßeltern, Urenkel),
- Geschwister und Kinder der Geschwister (Nichten und Neffen),
- Ehegatten oder eingetragene Lebenspartner im Sinne des LPartG der Geschwister sowie Geschwister der Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner im Sinne des LPartG (Schwägerinnen und Schwager),
- Geschwister der Eltern (Tanten und Onkel);
- sonstige in gerader Linie mit dem Ehegatten oder eingetragenen Lebenspartner im Sinne des LPartG verwandte Person (Schwiegereltern, Schwieger-töchter, Schwiegersöhne).

Nicht als Bezugsberechtigte benennen können Sie hingegen Pflegeeltern, Pflegekinder und Pflegekinder des Ehegatten oder Lebenspartner, Stiefeltern, Stiefkinder, Verlobte und Partner einer eheähnlichen oder lebenspartner-schaftsähnlichen Gemeinschaft, da sich deren Angehörigenstatus während der Vertragsdauer ändern kann und es sich somit nicht um *DAUERHAFT (NAHE) ANGEHÖRIGE* handelt.

Wenn Sie ein Bezugsrecht **widerruflich** bestimmen, erwirbt der Bezugsberechtigte das Recht auf die Leistung erst mit dem Eintritt des Versicherungsfalls. Deshalb können Sie Ihre Bestimmung bis zum Eintritt des Versicherungsfalls jederzeit widerrufen. Wenn wir Renten zahlen, tritt mit jeder Fälligkeit einer Rente ein eigener Versicherungsfall ein.

Sie können ausdrücklich bestimmen, dass der Bezugsberechtigte sofort und **unwiderruflich** das Recht auf die Leistung erhält. Sobald uns Ihre Erklärung zugegangen ist, kann dieses Bezugsrecht nur noch mit Zustimmung des unwiderruflich Bezugsberechtigten geändert werden.

Abtretung und Verpfändung

- (3) Ansprüche auf Rentenleistungen aus diesem Vertrag können Sie nicht abtreten oder verpfänden. Soweit darüber hinaus eine Abtretung oder Verpfändung rechtlich möglich ist, gelten die Ausführungen in Absatz 4.

Anzeige

- (4) Die Einräumung und der Widerruf eines Bezugsrechts (Absatz 2) sowie die Abtretung und die Verpfändung (Absatz 3) sind uns gegenüber nur und erst dann wirksam, wenn sie uns vom bisherigen Berechtigten in *TEXTFORM* angezeigt worden sind. Der bisher Berechtigte sind im

Regelfall Sie als unser *VERSICHERUNGSNEHMER*. Es können aber auch andere Personen sein, sofern Sie bereits zuvor Verfügungen (z. B. unwiderrufliche Bezugsberechtigung, Abtretung, Verpfändung) getroffen haben.

Bei der Einräumung oder Änderung eines Bezugsrechts sind Sie verpflichtet, uns den Angehörigenstatus gemäß Absatz 2 zwischen dem Bezugsberechtigten und der *VERSICHERTEN PERSON* in *TEXTFORM* mitzuteilen.

§ 16 Was müssen Sie bei Beitragszahlungen beachten?

- (1) Die Beiträge zu Ihrem Vertrag können Sie je nach Vereinbarung monatlich, viertel-, halbjährlich oder jährlich zahlen (laufende Beitragszahlung).
- (2) Den ersten Beitrag müssen Sie *UNVERZÜGLICH* nach Abschluss des Vertrages zahlen, jedoch nicht vor dem mit Ihnen vereinbarten, im Versicherungsschein angegebenen Versicherungsbeginn. Alle weiteren Beiträge (Folgebeiträge) werden jeweils zu Beginn der vereinbarten Versicherungsperiode fällig. Die Versicherungsperiode umfasst bei Jahreszahlung ein Jahr, ansonsten entsprechend der Zahlungsweise einen Monat, ein Vierteljahr bzw. ein halbes Jahr.
- (3) Sie haben den Beitrag **rechtzeitig** gezahlt, wenn Sie bis zum Fälligkeitstag (Absatz 2) alles getan haben, damit der Beitrag bei uns eingeht. Wenn die Einziehung des Beitrags von einem Konto vereinbart wurde, gilt die Zahlung in folgendem Fall als rechtzeitig:
 - Der Beitrag konnte am Fälligkeitstag eingezogen werden und
 - Sie haben einer berechtigten Einziehung nicht widersprochen.Konnten wir den fälligen Beitrag ohne Ihr Verschulden nicht einziehen, ist die Zahlung auch dann noch rechtzeitig, wenn sie *UNVERZÜGLICH* nach unserer Zahlungsaufforderung erfolgt. Haben Sie zu vertreten, dass der Beitrag wiederholt nicht eingezogen werden kann, sind wir berechtigt, künftig die Zahlung außerhalb des *LASTSCHRIFTVERFAHRENS* zu verlangen.
- (4) Sie müssen die Beiträge auf Ihre Gefahr und Ihre Kosten zahlen.
- (5) Für eine Stundung der Beiträge ist eine schriftliche Vereinbarung mit uns erforderlich.
- (6) Bei Fälligkeit einer Leistung werden wir etwaige Beitragsrückstände verrechnen.

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

Erster Beitrag

- (1) Wenn Sie den ersten Beitrag nicht rechtzeitig zahlen, können wir - solange die Zahlung nicht erfolgt ist - vom Vertrag zurücktreten. In diesem Fall können wir von Ihnen die Kosten für ärztliche Untersuchungen im Rahmen einer Gesundheitsprüfung verlangen. Wir sind nicht zum Rücktritt berechtigt, wenn uns nachgewiesen wird, dass Sie die nicht rechtzeitige Zahlung nicht zu vertreten haben.
- (2) Zusätzlich können wir eine Pauschale in Höhe von 10 % der Beiträge des ersten Versicherungsjahres für die Bearbeitung Ihres Vertrages erheben. Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns durchschnittlich entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachwei-

sen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

- (3) Ist der erste Beitrag bei Eintritt des Versicherungsfalles noch nicht gezahlt, sind wir nicht zur Leistung verpflichtet. Dies gilt nur, wenn wir Sie durch gesonderte Mitteilung in *TEXTFORM* oder durch einen auffälligen Hinweis im Versicherungsschein auf diese Rechtsfolge aufmerksam gemacht haben. Unsere Leistungspflicht bleibt jedoch bestehen, wenn Sie uns nachweisen, dass Sie das Ausbleiben der Zahlung nicht zu vertreten haben.

Folgebeitrag

- (4) Zahlen Sie einen Folgebeitrag nicht rechtzeitig, können wir Ihnen auf Ihre Kosten in *TEXTFORM* eine Zahlungsfrist setzen. Die Zahlungsfrist muss mindestens zwei Wochen betragen.
- (5) Für einen Versicherungsfall, der nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist eintritt, entfällt oder vermindert sich der Versicherungsschutz, wenn Sie sich bei Eintritt des Versicherungsfalles noch mit der Zahlung in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben.
- (6) Nach Ablauf der gesetzten Zahlungsfrist können wir den Vertrag ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist kündigen, wenn Sie sich noch immer mit den Beiträgen, Zinsen oder Kosten in Verzug befinden. Voraussetzung ist, dass wir Sie bereits mit der Fristsetzung auf diese Rechtsfolge hingewiesen haben. Wir können die Kündigung bereits mit der Fristsetzung erklären. Sie wird dann automatisch mit Ablauf der Frist wirksam, wenn Sie zu diesem Zeitpunkt noch immer mit der Zahlung in Verzug sind. Auf diese Rechtsfolge müssen wir Sie ebenfalls hinweisen.

Im Fall der Kündigung wandelt sich der Vertrag in eine beitragsfreie Versicherung entsprechend § 18 um.

- (7) Sie können den angeforderten Betrag auch dann noch nachzahlen, wenn unsere Kündigung wirksam geworden ist. Nachzahlen können Sie nur
 - innerhalb eines Monats nach der Kündigung
 - oder, wenn die Kündigung bereits mit der Fristsetzung verbunden worden ist, innerhalb eines Monats nach Fristablauf.

Zahlen Sie innerhalb dieses Zeitraums, wird die Kündigung unwirksam und der Vertrag besteht fort. Für Versicherungsfälle, die zwischen dem Ablauf der Zahlungsfrist und der Zahlung eintreten, besteht kein oder nur ein vermindelter Versicherungsschutz.

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

Umwandlung in einen beitragsfreien Vertrag

- (1) Sie können jederzeit in *TEXTFORM* verlangen, ganz oder teilweise von Ihrer Beitragszahlungspflicht befreit zu werden. Die Beitragsfreistellung wird zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 16 Absatz 2 Satz 3) wirksam. In diesem Fall setzen wir die vereinbarte Grundfähigkeitenrente ganz oder teilweise auf eine beitragsfreie Leistung herab. Diese wird nach folgenden Gesichtspunkten berechnet:
 - nach anerkannten Regeln der Versicherungsmathematik mit den *RECHNUNGSGRUNDLAGEN* für die Beitragskalkulation
 - für den Schluss der laufenden Versicherungsperiode.

Abzug

- (2) Der aus Ihrem Vertrag für die Bildung der beitragsfreien Grundfähigkeitenrente zur Verfügung stehende Betrag

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 Beitragsfreistellung finden Sie in der beigefügten „Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei 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.

- (3) **Wenn Sie Ihren Vertrag beitragsfrei stellen, kann das für Sie Nachteile haben. In der Anfangszeit Ihres Vertrages sind wegen der Verrechnung von Abschluss- und Vertriebskosten (siehe § 18) keine oder nur geringe Beträge zur Bildung einer beitragsfreien Leistung vorhanden. Auch in den Folgejahren stehen wegen der benötigten Risikobeiträge gemessen an den gezahlten Beiträgen keine oder nur geringe Mittel für die Bildung einer beitragsfreien Leistung zur Verfügung. Nähere Informationen zur Höhe der beitragsfreien Grundfähigkeitenrente und zum Abzug können Sie der Tabelle, die Bestandteil der Informationen zum Versicherungsangebot ist, entnehmen.**

- (4) Haben Sie die vollständige Befreiung von der Beitragszahlungspflicht verlangt und erreicht die nach Absatz 1 zu berechnende beitragsfreie Grundfähigkeitenrente den Mindestbetrag von 50 EUR Monatsrente nicht, erhalten Sie statt der beitragsfreien Rente – soweit vorhanden – den Rückkaufswert entsprechend § 169 VVG, und der Vertrag endet.

Eine teilweise Befreiung von der Beitragszahlungspflicht können Sie nur verlangen, wenn die verbleibende beitragspflichtige versicherte Grundfähigkeitenrente mindestens 75 EUR monatlich beträgt.

- (5) Der Rückkaufswert 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 Beitragsfreistellung finden Sie in der beigefügten „Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei 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) Ist bei der *VERSICHERTEN PERSON* zum Zeitpunkt der Beitragsfreistellung ein Leistungsfall eingetreten, bleiben Ansprüche aufgrund des bereits vor Beitragsfreistellung eingetretenen Leistungsfalls unberührt.

Wiederinkraftsetzung

- (7) Den beitragsfreien Vertrag können Sie 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 2 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.

Kündigung

- (8) Sie können Ihren Vertrag jederzeit zum Schluss der laufenden Versicherungsperiode (siehe § 16 Absatz 2 Satz 3) in *TEXTFORM* kündigen.

Kündigen Sie Ihren Vertrag, hängt die Wirkung auf Ihren Vertrag davon ab, ob die *VERSICHERTE PERSON* zum Zeitpunkt der Kündigung eine Grundfähigkeit verloren hat oder pflegebedürftig ist:

- (a) Besteht bei der *VERSICHERTEN PERSON* zum Zeitpunkt der Kündigung ein Leistungsfall, bleiben Ansprüche aus Ihrem Vertrag davon unberührt. Daher wird bei Kündigung die laufende Grundfähigkeitenrente weitergezahlt.
- (b) Besteht bei der *VERSICHERTEN PERSON* zum Zeitpunkt der Kündigung kein Leistungsfall, endet der Vertrag bei Kündigung.

Wenn Sie den Vertrag kündigen, haben Sie keinen Anspruch auf einen Rückkaufswert.

Die Kündigung Ihres Vertrages kann daher mit Nachteilen verbunden sein.

Keine Beitragsrückzahlung

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

§ 19 Wie werden die Kosten Ihres Vertrages verrechnet?

- (1) Mit Ihrem Vertrag sind Kosten verbunden. Diese sind in Ihren Beitrag einkalkuliert. Es handelt sich um Abschluss- und Vertriebskosten sowie übrige Kosten.

Zu den **Abschluss- und Vertriebskosten** gehören insbesondere Abschlussprovisionen für den Versicherungsvermittler. Außerdem umfassen die Abschluss- und Vertriebskosten die Kosten für die Antragsprüfung und die Ausfertigung der Vertragsunterlagen, Sachaufwendungen, die im Zusammenhang mit der Antragsbearbeitung stehen, sowie Werbeaufwendungen. Zu den **übrigen Kosten** gehören insbesondere die Verwaltungskosten.

Die Höhe der einkalkulierten Abschluss- und Vertriebskosten sowie der übrigen Kosten und der darin enthaltenen Verwaltungskosten können Sie dem Produktinformationsblatt, das Bestandteil Ihres Versicherungsangebotes ist, entnehmen.

Abschluss- und Vertriebskosten

- (2) Wir wenden auf Ihren Vertrag das Verrechnungsverfahren nach § 4 der Deckungsrückstellungsverordnung an. Das bedeutet, dass wir die ersten Beiträge zur Tilgung eines Teils der Abschluss- und Vertriebskosten heranziehen. Dies gilt jedoch nicht für den Teil der ersten Beiträge,

der für Leistungen im Versicherungsfall, Kosten des Versicherungsbetriebs in der jeweiligen Versicherungsperiode und aufgrund von gesetzlichen Regelungen für die Bildung einer Deckungsrückstellung bestimmt ist. Der auf diese Weise zu tilgende Betrag ist nach der Deckungsrückstellungsverordnung auf 2,5 % der von Ihnen während der Laufzeit des Vertrages zu zahlenden Beiträge beschränkt.

Übrige Kosten

- (3) Die übrigen Kosten werden über die gesamte Vertragslaufzeit verteilt.
- (4) Die beschriebene Kostenverrechnung hat zur Folge, dass in der Anfangszeit Ihres Vertrages nur geringe Beträge zur Bildung der beitragsfreien Grundfähigkeitsrente vorhanden sind (siehe § 18). Nähere Informationen zur beitragsfreien Grundfähigkeitsrente können Sie der Tabelle, die Bestandteil der Informationen zum Versicherungsangebot ist, entnehmen.

§ 20 Was gilt bei Änderung Ihrer Postanschrift oder Ihres Namens?

Eine Änderung Ihres Namens oder Ihrer Postanschrift müssen Sie uns *UNVERZÜGLICH* mitteilen. Anderenfalls können für Sie Nachteile entstehen. Wir sind berechtigt, eine an Sie zu richtende Erklärung (z.B. Setzen einer Zahlungsfrist) mit eingeschriebenem Brief an Ihre uns zuletzt bekannte Anschrift zu senden. In diesem Fall gilt unsere Erklärung drei Tage nach Absendung des eingeschriebenen Briefes als zugegangen. Dies gilt auch, wenn Sie den Vertrag in Ihrem Gewerbebetrieb abgeschlossen und Ihre gewerbliche Niederlassung verlegt haben.

§ 21 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 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 sind.

- (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- und 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.

§ 22 Welche anlassbezogenen Kosten stellen wir Ihnen gesondert in Rechnung?

- (1) In folgenden Fällen erheben wir pauschal anlassbezogene Kosten:
 - Erteilung einer Ersatzurkunde für den Versicherungsschein;
 - schriftlicher Fristsetzung bei Nichtzahlung von Folgebeiträgen;
 - Durchführung von Vertragsänderungen;
 - Rückläufem im *LASTSCHRIFTVERFAHREN*;
 - gebührenpflichtigen Auskünften, die von öffentlichen Stellen im Zuge der Leistungsabwicklung eingeholt werden müssen.

Die Höhe der Kosten können Sie der Kostentabelle über anlassbezogene Kosten entnehmen, die Bestandteil Ihrer Vertragsunterlagen ist.

Wir haben uns bei der Bemessung der Pauschale an dem bei uns regelmäßig entstehenden Aufwand orientiert. Sofern Sie uns nachweisen, dass die der Bemessung zugrundeliegenden Annahmen in Ihrem Fall dem Grunde nach nicht zutreffen, entfällt die Pauschale. Sofern Sie uns nachweisen, dass die Pauschale der Höhe nach wesentlich niedriger zu beziffern ist, wird sie entsprechend herabgesetzt.

- (2) Die Höhe der Kosten kann von uns nach billigem Ermessen (§ 315 des Bürgerlichen Gesetzbuches, BGB) für die Zukunft geändert werden. Die jeweils aktuelle Kostentabelle können Sie jederzeit bei uns anfordern.

§ 23 Unter welchen Voraussetzungen ist eine Nachversicherung ohne Gesundheitsprüfung möglich?

Ereignisabhängige Nachversicherungsgarantie

- (1) Durch die Nachversicherungsgarantie bleiben Sie in der Gestaltung Ihres Vertrages flexibel und können den Versicherungsschutz bei Ereignissen während der Vertragslaufzeit den privaten und beruflichen Entwicklungen anpassen.

Sie haben das Recht, den bestehenden Versicherungsschutz ohne erneute Gesundheitsprüfung bei Nachweis folgender Ereignisse zu erhöhen:

Familiäre Ereignisse

- a) Heirat der *VERSICHERTEN PERSON*;
- b) Geburt eines Kindes der *VERSICHERTEN PERSON*;
- c) Adoption eines minderjährigen Kindes durch die *VERSICHERTE PERSON*;
- d) Tod des Ehegatten oder des eingetragenen Lebenspartners im Sinne des LPartG der *VERSICHERTEN PERSON*;
- e) Ehescheidung oder Aufhebung der eingetragenen Lebenspartnerschaft im Sinne des LPartG der *VERSICHERTEN PERSON*.

Berufliche Ereignisse

- f) Aufnahme eines Studiums an einer staatlich anerkannten Universität, Fachhochschule oder

Berufsakademie, dessen angestrebter Studienabschluss in Deutschland anerkannt ist;

- g) Erfolgreicher Abschluss einer Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Studiums der *VERSICHERTEN PERSON*;
- h) Erfolgreicher Abschluss einer Berufsbildung (z.B. Facharztausbildung, Promotion, Master, Meisterprüfung) der *VERSICHERTEN PERSON*, sofern sie eine der Berufsbildung entsprechende berufliche Tätigkeit ausübt;
- i) Erfolgreicher Abschluss des Vorbereitungsdienstes für das Lehramt an allgemeinbildenden und beruflichen Schulen (Referendariat) der *VERSICHERTEN PERSON* mit anschließender Aufnahme einer unbefristeten Schultätigkeit im Angestelltenverhältnis ohne Zusage auf eine spätere Verbeamtung;
- j) Erstmaler Wechsel der *VERSICHERTEN PERSON* in die berufliche Selbstständigkeit (Hauptberuf) in einem anerkannten Ausbildungsberuf;
- k) Erstmaler Wechsel der *VERSICHERTEN PERSON* aus einer seit mindestens einem Jahr bestehenden Teilzeittätigkeit in eine unbefristete Vollzeit-tätigkeit;
- l) Bei sozialversicherungspflichtigen Angestellten Steigerung des jährlichen Bruttoarbeitseinkommens bzw. bei Beamten Steigerung der Bruttobezüge der *VERSICHERTEN PERSON* von mindestens 10 % im Vergleich zum Vorjahr;
- m) Bei beruflich Selbstständigen Steigerung des durchschnittlichen Gewinns vor Steuern der letzten drei Jahre um mindestens 30 % im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuer der drei davorliegenden Jahre;
- n) Die *VERSICHERTE PERSON* erhält Prokura;
- o) Die *VERSICHERTE PERSON* scheidet aus nicht medizinischen Gründen aus dem öffentlichen Dienst aus und wechselt als sozialversicherungspflichtiger Angestellter oder als Selbstständiger in die Privatwirtschaft.

Änderung der gesetzlichen Versorgungssituation

- p) Befreiung des selbständigen Handwerkers von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung zu dem Zeitpunkt, in dem die Mindestversicherungspflicht erfüllt ist;
- q) Überschreiten der Beitragsbemessungsgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung.

Darlehensaufnahme

- r) Aufnahme eines Darlehens im gewerblichen Bereich oder zur Finanzierung einer selbst genutzten Immobilie durch die *VERSICHERTE PERSON* in Höhe von mindestens 100.000 EUR;
- s) Aufnahme eines Darlehens zur Modernisierung oder Renovierung einer selbst genutzten Immobilie durch die *VERSICHERTE PERSON* in Höhe von mindestens 50.000 EUR.

Nachversicherungsgarantie bei einem Karrieresprung

(2) Ist die *VERSICHERTE PERSON*

- als sozialversicherungspflichtiger Angestellter in einem unbefristeten Angestelltenverhältnis beschäftigt oder

- übt sie seit mindestens sechs Jahren eine berufliche Tätigkeit als Selbstständiger aus,

haben Sie das Recht, die versicherte Grundfähigkeitsrente zusätzlich zu den in Absatz 1 genannten Ereignissen im Rahmen der ereignisabhängigen Nachversicherung bei einem Karrieresprung ohne erneute Risikoprüfung bei Nachweis folgender Voraussetzungen zu erhöhen:

- a) die versicherte Gesamtjahresrente vor der ersten Erhöhung bei einem Karrieresprung beträgt mindestens 48.000 EUR und
- b) der Vertrag besteht seit mindestens fünf Jahren;
- c) das jährliche Bruttoarbeitseinkommen bei sozialversicherungspflichtigen Angestellten erhöht sich um mindestens 5% im Vergleich zum Vorjahr;
- d) der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre bei beruflich Selbstständigen erhöht sich um mindestens 10% im Vergleich zum durchschnittlichen Gewinn vor Steuer der drei davor liegenden Jahre.

Ereignisunabhängige Nachversicherungsgarantie

- (3) Sie haben das Recht, einmalig innerhalb der ersten fünf Versicherungsjahre die versicherte Grundfähigkeitsrente unabhängig von einem in Absatz 1 oder 2 genannten Ereignis zu erhöhen. Die Erhöhung kann frühestens sechs Monate nach Versicherungsbeginn erfolgen.

Weitere Regelungen für die Nachversicherungsgarantie

- (4) Das Recht auf Nachversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung ist ausgeschlossen, wenn bei Ausübung des Rechts auf Nachversicherung (Zugang der Erklärung beim Versicherer) bei einer ereignisabhängigen Erhöhung nach Absatz 1 oder 2 oder einer ereignisunabhängigen Erhöhung nach Absatz 3

- die *VERSICHERTE PERSON* das 50. Lebensjahr bei einer ereignisabhängigen bzw. das 45. Lebensjahr bei einer ereignisunabhängigen Erhöhung vollendet hat;
- bei der *VERSICHERTEN PERSON* bereits ein Leistungsfall gemäß § 2 eingetreten ist oder sie berufs unfähig bzw. vermindert erwerbsfähig oder arbeits unfähig im Sinne von § 2 Absatz 14 ist oder war;
- die *VERSICHERTE PERSON* einen Antrag auf Leistung wegen Verlust einer versicherten Grundfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit oder verminderter Erwerbsfähigkeit oder bei Einschluss der Option **Arbeits unfähigkeit** wegen Arbeits unfähigkeit im Sinne von § 2 Absatz 14 gestellt hat oder hatte;
- der Vertrag aktuell beitragsfrei gestellt ist.

- (5) Für die Nachversicherungsgarantie gelten folgende Regelungen:

- a) Die Nachversicherung ist durch Mitteilung in Textform auszuüben und muss innerhalb von zwölf Monaten nach Eintritt des jeweiligen Ereignisses bei uns eingegangen sein. Innerhalb dieser Frist müssen Sie uns auch den Eintritt des jeweiligen Ereignisses durch Vorlage geeigneter Nachweise (z.B. Einkommensunterlagen, Urkunden, amtliche Bestätigungen, Gewerbeanmeldung oder Handelsregisterauszug) belegt haben.
- b) Das eine Nachversicherung auslösende Ereignis gemäß Absatz 1 oder 2 muss während der Versicherungsdauer eingetreten sein.

- c) Zwischen zwei Erhöhungen aus der ereignisabhängigen Nachversicherung nach Absatz 1 oder 2 oder aus der ereignisunabhängigen Nachversicherung nach Absatz 3 müssen mindestens zwölf Monate liegen.
- d) Die versicherte Jahresrente einer Nachversicherung muss zwischen 900 EUR und 6.000 EUR liegen, wobei eine Erhöhung der bei Vertragsabschluss versicherten Jahresrente je Ereignis auf maximal 150 % begrenzt ist. Durch die Erhöhung darf außerdem die versicherte Gesamtjahresrente einer *VERSICHERTEN PERSON* den Betrag von 48.000 EUR nicht übersteigen. Die Gesamtjahresrente umfasst neben der bereits versicherten Rente auch sämtliche Renten aufgrund der Nachversicherungsgarantie.
- e) Die Gesamtjahresrente muss außerdem unter Berücksichtigung bereits bestehender Anwartschaften des Versicherten auf Versorgungsleistungen bei Berufsunfähigkeit/Erwerbsminderung aus privaten Verträgen und der betrieblichen Altersversorgung im Verhältnis zur Einkommenssituation des Versicherten finanziell angemessen sein. Dies ist nicht der Fall, wenn die gesamten Versorgungsanwartschaften des Versicherten mehr als 60 % des letzten jährlichen Bruttoarbeitseinkommens bei sozialversicherungspflichtig Beschäftigten bzw. mehr als 60% des Vorjahresgewinns vor Steuern aus einer selbständig ausgeübten Tätigkeit bei Selbständigen bzw. mehr als 30 % der jährlichen Bruttobezüge des Vorjahrs bei Beamten oder Richtern betragen. Für Soldaten gelten die gleichen Einkommensgrenzen wie für Beamte. Ein entsprechendes Überprüfungsrecht behalten wir uns vor.
- f) Die Erhöhung aus der Nachversicherung erfolgt im bestehenden Vertrag. Wir berechnen den Beitrag für die Erhöhung nach dem am Erhöhungstermin erreichten rechnermäßigen Alter der versicherten Person, der rechtlichen Versicherungs-, Leistungs- und Beitragszahlungsdauer sowie den ursprünglich vereinbarten Annahmehinrichtungen und der Risikoeinschätzung (insbesondere Leistungseinschränkungen, Beitragszuschläge) des zugrundeliegenden Vertrages.

Sonderregelung bei Karrieresprung

- g) Übt die *VERSICHERTE PERSON* die Nachversicherung bei einem Karrieresprung gemäß Absatz 2 aus, kann die versicherte Jahresrente abweichend von Absatz 5 d)
- bei einem sozialversicherungspflichtigen Angestellten maximal im selben Verhältnis erhöht werden, wie sich das Bruttojahresgehalt erhöht hat bzw.
 - bei einem Selbständigen maximal im selben Verhältnis erhöht werden, wie sich der durchschnittliche Gewinn vor Steuern der letzten drei Jahre erhöht hat; maximal um 20%.

Durch die Erhöhungen bei einem Karrieresprung darf die versicherte Gesamtjahresrente abweichend von Absatz 5 d) den Betrag von 72.000 EUR nicht übersteigen.

- (6) Für die von Ihnen zu beachtende Anzeigepflicht bei Abschluss eines Vertrages im Rahmen der Nachversicherungsgarantie gilt § 6.

§ 24 Welche Überbrückungsmöglichkeiten bestehen bei Zahlungsschwierigkeiten?

- (1) Zur Überbrückung von Zahlungsschwierigkeiten haben Sie neben der Beitragsfreistellung (§ 18) das Recht, eine Beitragsstundung unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes zu beantragen. Die Beitragsstundung kann frühestens sechs Monate nach Vertragsbeginn und längstens für einen Zeitraum von sechs Monaten beantragt werden.

Erfolgt der Antrag auf Beitragsfreistellung frühestens nach Ablauf von 24 Monaten seit Vertragsbeginn, kann die Beitragsstundung für eine Übergangszeit von bis zu 24 Monaten erfolgen.

- (2) Darüber hinaus haben Sie das Recht, auf Antrag unter Aufrechterhaltung des Versicherungsschutzes für einen Übergangszeit von 24 Monaten eine zinslose Beitragsstundung zu erhalten, wenn Sie:

- arbeitslos sind,
- sich in gesetzlicher Elternzeit befinden,
- erwerbsgemindert oder pflegebedürftig unterhalb der in § 2 Absatz 15, 18 oder 19 genannten Schwellen sind.

Es muss der Bescheid oder Leistungsnachweis eines gesetzlichen Sozialversicherungsträgers oder Versorgungsträgers vermutlich vorliegen.

Wenn die genannten Anlässe enden, müssen Sie uns dies anzeigen. Danach endet die zinslose Stundung.

Der Antrag auf Beitragsstundung aufgrund der genannten Anlässe kann frühestens nach Ablauf von sechs Monaten seit Vertragsbeginn gestellt werden.

- (3) Nach Vereinbarung können Sie gestundete Beiträge in einem Betrag oder innerhalb eines Zeitraumes von zwölf 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.

§ 25 Was gilt für die Verlängerungsoption bei Erhöhung der gesetzlichen Regelaltersgrenze?

- (1) Erhöht sich die Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der beamtenrechtlichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk um mindestens zwölf Monate, haben Sie das Recht, Ihren Vertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung an die neue Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* anzupassen.

Durch die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* erhöht sich Ihr Beitrag bei gleichbleibender Grundfähigkeitrente.

- (2) Dieses Recht auf Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* auf die neue, erhöhte Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt der Erhöhung der Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der beamtenrechtlichen Altersversorgung oder einem berufsständischen Versorgungswerk:

- die *VERSICHERTE PERSON* bereits eine Grundfähigkeit im Sinne von § 2 verloren hat, pflegebedürftig oder berufsunfähig bzw. vermindert erwerbsfähig oder arbeitsunfähig im Sinne von § 2 Absatz 6 ist;
- die *VERSICHERTE PERSON* einen Antrag auf Leistung wegen Verlust einer versicherten Grundfähigkeit bzw. Pflegebedürftigkeit, Berufsunfähigkeit bzw. vermindeter Erwerbsfähigkeit oder bei Einschluss der Option Arbeitsunfähigkeit wegen Arbeitsunfähigkeit im Sinne von § 2 Absatz 14 gestellt hat oder hatte;
- der Vertrag aktuell beitragsfrei gestellt ist;
- die verbleibende *VERSICHERUNGSDAUER* weniger als fünf Jahre beträgt;
- die *VERSICHERTE PERSON* älter als 50 Jahre ist;
- die zum Verlängerungszeitpunkt gültigen Annahmerichtlinien im konkreten Fall keine höheren Endalter zulassen.

(3) Für die Verlängerungsoption gelten folgende Regelungen:

- a) Die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* erfolgt auf Antrag in *TEXTFORM*, der innerhalb von zwölf Monaten nach Inkrafttreten der gesetzlichen Regelung zur Erhöhung der Regelaltersgrenze der *VERSICHERTEN PERSON* bei uns eingegangen sein muss.
- b) Die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* erfolgt maximal um den Zeitraum, um den die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung, in der beamtenrechtlichen Altersversorgung oder dem berufsständischen Versorgungswerk der *VERSICHERTEN PERSON* erhöht wurde. Hierbei werden nur volle Jahre berücksichtigt (Beispiel: erhöht sich die individuelle Regelaltersgrenze um 16 Monate, erfolgt die Verlängerung der *VERSICHERUNGSDAUER* um zwölf Monate).
- c) Die *RECHNUNGSGRUNDLAGEN* und die Risikoeinstufung (insbesondere Leistungseinschränkungen, Beitragszuschläge) des bestehenden Vertrages bleiben unverändert. Eine erneute Gesundheitsprüfung erfolgt nicht.
- d) Die Verlängerung erfolgt jeweils zum nächsten Jahrestag der Versicherung.
- e) Das Recht auf Verlängerung kann während der Beitragszahlungspflicht des Vertrages nur einmal in Anspruch genommen werden.

§ 26 Unter welchen Voraussetzungen ist ein Wechsel in eine selbständige Berufsunfähigkeitsversicherung ohne erneute Gesundheitsprüfung möglich?

(1) Sie haben das Recht, den bestehenden Versicherungsvertrag ohne erneute Gesundheitsprüfung in eine selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung zu wechseln (Wechseloption). Die Grundfähigkeiten-Versicherung, die die Wechseloption begründet, stellt die der selbständigen Berufsunfähigkeits-Versicherung zugrundeliegende Versicherung dar (zugrundeliegende Grundfähigkeiten-Versicherung). Ein Wechsel ist nur möglich bei Vorliegen folgender Anlässe und Voraussetzungen:

- erstmalige Aufnahme einer Berufsausbildung der versicherten Person, wobei die versicherte Person über einen allgemein anerkannten Schulabschluss an einer Regelschule verfügen muss oder
- erstmalige Aufnahme einer auf mindestens 24 Monate befristeten oder unbefristeten beruflichen Tätigkeit nach erfolgreichem Abschluss einer Berufsausbildung oder eines staatlich anerkannten Studiums der *VERSICHERTEN PERSON* oder
- erfolgreicher Abschluss einer Weiterbildung zum Fachwirt, staatlich geprüften Techniker oder Meister der versicherten Person und anschließende Ausübung einer auf mindestens 24 Monate befristeten oder unbefristeten beruflichen Tätigkeit,
- die bestehende Grundfähigkeiten-Versicherung wurde ohne Erschwernisse (insbesondere Leistungseinschränkungen, Beitrags- oder Risikozuschläge) abgeschlossen;
- die Grundfähigkeiten-Versicherung besteht zum Wechselzeitpunkt seit mindestens fünf Jahren beitragspflichtig;
- zum Zeitpunkt der Ausübung der Wechseloption steht ein Tarif für eine selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung für Neuabschlüsse offen;
- die *VERSICHERTE PERSON* kann gemäß den zum Zeitpunkt des Wechsels geltenden Annahmerichtlinien

eine selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung abschließen.

(2) Das Recht auf die Wechseloption ohne erneute Gesundheitsprüfung ist ausgeschlossen, wenn zum Zeitpunkt des Wechsels:

- die *VERSICHERTE PERSON* das 30. Lebensjahr vollendet hat;
- bei der *VERSICHERTEN PERSON* bereits ein Leistungsfall aus der Grundfähigkeiten-Versicherung eingetreten ist oder sie berufsunfähig bzw. vermindert erwerbsfähig schwerbehindert, pflegebedürftig oder bei Einschluss der Option Arbeitsunfähigkeit arbeitsunfähig im Sinne von § 2 Absatz 14 ist;
- die *VERSICHERTE PERSON* bereits einen Antrag auf Leistung aus der Grundfähigkeiten-Versicherung, wegen Berufsunfähigkeit bzw. verminderter Erwerbsfähigkeit oder auf Feststellung des Grads einer Schwerbehinderung oder bei Einschluss der Option Arbeitsunfähigkeit einen Antrag auf Leistung wegen Arbeitsunfähigkeit gestellt hat;
- der Vertrag beitragsfrei gestellt ist oder war.

(3) Für die Wechseloption gelten folgende Regelungen:

Der Wechsel in eine selbständige Berufsunfähigkeits-Versicherung erfolgt auf Antrag in *TEXTFORM*, der innerhalb von sechs Monaten

- nach der Aufnahme einer Berufsausbildung oder
- nach Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder
- nach Abschluss der Weiterbildung zum Fachwirt, staatlich geprüften Techniker oder Meister

bei uns eingegangen sein muss.

Innerhalb dieser Frist muss uns der Eintritt des Anlasses durch Vorlage geeigneter Nachweise (z.B. Ausbildungsvertrag, Ausbildungszeugnis, Hochschulzeugnis, Arbeitsvertrag, Abschlusszeugnis oder Meisterbrief) belegt werden.

a) Der Wechsel in eine Berufsunfähigkeits-Versicherung kann maximal über eine versicherte Gesamtjahresrente von 12.000 EUR erfolgen. Die Gesamtjahresrente umfasst dabei sämtliche Jahresrenten aus bei uns abgeschlossenen Grundfähigkeiten-Versicherungen (inklusive Verträge aufgrund Nachversicherungsgarantie). Übersteigt die Summe der Jahresrenten aus sämtlichen Grundfähigkeiten-Versicherungen die maximal für den Wechsel zulässige Gesamtjahresrente, kann der Wechsel nur anteilig erfolgen. Erreicht die bei einem Wechsel verbleibende beitragspflichtige Grundfähigkeitenrente nicht mindestens 75 EUR monatlich, wird die gesamte Jahresrente aus sämtlichen Grundfähigkeiten-Versicherungen in eine Berufsunfähigkeits-Versicherung umgewandelt.

b) Bestehen im Falle der Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit oder bei Verlust einer Grundfähigkeit oder bei Pflegebedürftigkeit zum Zeitpunkt des Wechsels weitere Rentenansparungen aus privaten oder betrieblichen Versicherungen, so sind diese bei der Ermittlung der für den Wechsel maximal zur Verfügung stehenden Gesamtjahresrente zu berücksichtigen.

c) Die für den Wechsel in die Berufsunfähigkeits-Versicherung zum Zeitpunkt des Wechsels notwendigen tarifierungsrelevanten Merkmale (z.B. Raucherstatus, Größe und Gewicht) und die ausgeübte Tätigkeit der *VERSICHERTEN PERSON* werden für die Beurteilung der Versicherbarkeit und der Risikoeinstufung in der Berufsunfähigkeits-Versicherung zugrunde gelegt.

-
- d) Für den neu abzuschließenden Berufsunfähigkeits-Vertrag gelten die für den Tarif maßgeblichen Versicherungsbedingungen und *RECHNUNGSGRUNDLAGEN*. Der neue Berufsunfähigkeits-Vertrag wird für dieselbe *VERSICHERTE PERSON* abgeschlossen. Für die Berechnung des neuen Beitrags wird das rechnermäßige Alter zum Zeitpunkt des Wechsels zugrunde gelegt. Es gelten maximal das gleiche Endalter der Vertrags- und *LEISTUNGSDAUER*. Lassen die Annahmerichtlinien für die zum Zeitpunkt des Wechsels ausgeübten beruflichen Tätigkeit der *VERSICHERTEN PERSON* nur ein niedrigeres Endalter zu, dann ist die Vertrags- und *LEISTUNGSDAUER* für den Berufsunfähigkeits-Vertrag entsprechend zu ändern.
- e) Mit dem vollständigen Wechsel der Grundfähigkeiten-Versicherung in eine Berufsunfähigkeits-Versicherung endet der Grundfähigkeiten-Vertrag.
- (4) Für die von Ihnen zu beachtende Anzeigepflicht bei Abschluss eines Vertrages im Rahmen der Wechseloption gilt § 6.

§ 27 Welches Recht findet auf Ihren Vertrag Anwendung?

Auf Ihren Vertrag findet das Recht der Bundesrepublik Deutschland Anwendung.

§ 28 Wo ist der Gerichtsstand?

- (1) Für Klagen aus dem Vertrag **gegen uns** ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk unser Sitz oder die für den Vertrag zuständige Niederlassung liegt. Zuständig ist auch das Gericht, in dessen Bezirk Sie zur Zeit der Klageerhebung Ihren Wohnsitz haben. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist auch das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (2) Klagen aus dem Vertrag **gegen Sie** müssen wir bei dem Gericht erheben, das für Ihren Wohnsitz zuständig ist. Wenn Sie keinen Wohnsitz haben, ist der Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts maßgeblich. Wenn Sie eine juristische Person sind, ist das Gericht zuständig, in dessen Bezirk Sie Ihren Sitz oder Ihre Niederlassung haben.
- (3) Verlegen Sie Ihren Wohnsitz oder den Ort Ihres gewöhnlichen Aufenthalts in das Ausland, sind für Klagen aus dem Vertrag die Gerichte des Staates zuständig, in dem wir unseren Sitz haben.

§ 29 An wen können Sie sich wenden, wenn Sie mit uns einmal nicht zufrieden sind?

- (1) Wenn Sie mit unserer Entscheidung nicht zufrieden sind oder eine Verhandlung mit uns einmal nicht zu dem von Ihnen gewünschten Ergebnis geführt hat, stehen Ihnen insbesondere die nachfolgenden Beschwerdemöglichkeiten offen.

Versicherungsombudsmann

- (2) Wenn Sie Verbraucher sind, können Sie sich an den Ombudsmann für Versicherungen wenden. Diesen erreichen Sie derzeit wie folgt:

Versicherungsombudsmann e.V.
Postfach 080632
10006 Berlin
E-Mail: beschwerde@versicherungsombudsmann.de
Internet: www.versicherungsombudsmann.de

Der Ombudsmann für Versicherungen ist eine unabhängige und für Verbraucher kostenfrei arbeitende Schlichtungsstelle. Wir haben uns verpflichtet, an dem Schlichtungsverfahren teilzunehmen.

- (3) Wenn Sie Verbraucher sind und diesen Vertrag online (z.B. über eine Webseite oder per E-Mail) abgeschlossen haben, können Sie sich mit Ihrer Beschwerde auch online die Plattform <http://ec.europa.eu/consumers/odr/> wenden. Ihre Beschwerde wird dann über diese Plattform an den Versicherungsombudsmann weitergeleitet.

Versicherungsaufsicht

- (4) Sie sind mit unserer Betreuung nicht zufrieden oder treten Meinungsverschiedenheiten bei der Vertragsabwicklung auf, können Sie sich auch an die für uns zuständige Aufsicht wenden. Als Versicherungsunternehmen unterliegen wir der Aufsicht der Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht. Die derzeitigen Kontaktdaten sind:

Bundesanstalt für Finanzdienstleistungsaufsicht (BaFin)
Sektor Versicherungsaufsicht
Graurheindorfer Straße 108
53117 Bonn
E-Mail: poststelle@bafin.de

Bitte beachten Sie, dass die BaFin keine Schiedsstelle ist und einzelne Streitfälle nicht verbindlich entscheiden kann.

Rechtsweg

- (5) Außerdem haben Sie die Möglichkeit, den Rechtsweg zu beschreiten.

Unser Beschwerdemanagement

- (6) Falls Sie sich über das Produkt, den Vermittler oder das Versicherungsunternehmen beschweren möchten, können Sie unsere Hotline unter 089/6787-4444 anrufen. Sie können die Beschwerde auch über unsere Internetseite www.diebayerische.de, Rubrik Beschwerdemanagement oder per Brief (die Bayerische, Beschwerdemanagement, Thomas-Dehler-Straße 25, 81737 München) bei uns einreichen.

§ 30 Welche Auswirkungen hat die Unwirksamkeit von Bestimmungen?

Sollten eine oder mehrere Bestimmungen dieser Allgemeinen Bedingungen ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden, wird dadurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt.

Anlage 1 zu den Versicherungsbedingungen zum Abzug bei Beitragsfreistellung Ihres Vertrages

(Stand 01/2025)

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 oder Beitragsfreistellung 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 Beitragsfreistellung entstehenden Belastungen für den Bestand auszugleichen, nehmen wir einen Abzug von 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 gleichbleibender 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.

Anlage 2 zu den Versicherungsbedingungen zur Definition des Pflegebegriffs nach §§ 14 und 15 SGB XI (Stand 01.01.2017)

(Stand 01/2025)

Auszug aus dem Elften Sozialgesetzbuch (SGB XI, Stand 01.01.2017)

§ 14 Begriff der Pflegebedürftigkeit

- (1) Pflegebedürftig im Sinne dieses Buches sind Personen, die gesundheitlich bedingte Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten aufweisen und deshalb der Hilfe durch andere bedürfen. Es muss sich um Personen handeln, die körperliche, kognitive oder psychische Beeinträchtigungen oder gesundheitlich bedingte Belastungen oder Anforderungen nicht selbständig kompensieren oder bewältigen können. Die Pflegebedürftigkeit muss auf Dauer, voraussichtlich für mindestens sechs Monate, und mit mindestens der in § 15 festgelegten Schwere bestehen.
- (2) Maßgeblich für das Vorliegen von gesundheitlich bedingten Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sind die in den folgenden sechs Bereichen genannten pflegfachlich begründeten Kriterien:
 1. Mobilität: Positionswechsel im Bett, Halten einer stabilen Sitzposition, Umsetzen, Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs, Treppensteigen;
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten: Erkennen von Personen aus dem näheren Umfeld, örtliche Orientierung, zeitliche Orientierung, Erinnern an wesentliche Ereignisse oder Beobachtungen, Steuern von mehrschrittigen Alltags-handlungen, Treffen von Entscheidungen im Alltagsleben, Verstehen von Sachverhalten und Informationen, Erkennen von Risiken und Gefahren, Mitteilen von elementaren Bedürfnissen, Verstehen von Aufforderungen, Beteiligen an einem Gespräch;
 3. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen: motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten, nächtliche Unruhe, selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten, Beschädigen von Gegenständen, physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen, verbale Aggression, andere pflegerelevante vokale Auffälligkeiten, Abwehr pflegerischer und anderer unterstützender Maßnahmen, Wahnvorstellungen, Ängste, Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage, sozial inadäquate Verhaltensweisen, sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen;
 4. Selbstversorgung: Waschen des vorderen Oberkörpers, Körperpflege im Bereich des Kopfes, Waschen des Intimbereichs, Duschen und Baden einschließlich Waschen der Haare, An- und Auskleiden des Oberkörpers, An- und Auskleiden des Unterkörpers, mundgerechtes Zubereiten der Nahrung und Eingießen von Getränken, Essen, Trinken, Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls, Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz und Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma, Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz und Umgang mit Stoma, Ernährung parenteral oder über Sonde, Bestehen gravierender Probleme bei der Nahrungsaufnahme bei Kindern bis zu 18 Monaten, die einen außergewöhnlich pflegeintensiven Hilfebedarf auslösen;
 5. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen:
 - a) in Bezug auf Medikation, Injektionen, Versorgung intravenöser Zugänge, Absaugen und Sauerstoffgabe, Einreibungen sowie Kälte- und Wärmeanwendungen, Messung und Deutung von Körperzuständen, körpernahe Hilfsmittel,
 - b) in Bezug auf Verbandwechsel und Wundversorgung, Versorgung mit Stoma, regelmäßige Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abfuhrmethoden, Therapiemaßnahmen in häuslicher Umgebung,
 - c) in Bezug auf zeit- und technikintensive Maßnahmen in häuslicher Umgebung, Arztbesuche, Besuche anderer medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, zeitlich ausgedehnte Besuche medizinischer oder therapeutischer Einrichtungen, Besuch von Einrichtungen zur Frühförderung bei Kindern sowie
 - d) in Bezug auf das Einhalten einer Diät oder anderer krankheits- oder therapiebedingter Verhaltensvorschriften;
 6. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte: Gestaltung des Tagesablaufs und Anpassung an Veränderungen, Ruhen und Schlafen, Sichbeschäftigen, Vornehmen von in die Zukunft gerichteten Planungen, Interaktion mit Personen im direkten Kontakt, Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfelds.
- (3) Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten, die dazu führen, dass die Haushaltsführung nicht mehr ohne Hilfe bewältigt werden kann, werden bei den Kriterien der in Absatz 2 genannten Bereiche berücksichtigt.

§ 15 Ermittlung des Grades der Pflegebedürftigkeit, Begutachtungsinstrument

- (1) Pflegebedürftige erhalten nach der Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten einen Grad der Pflegebedürftigkeit (Pflegegrad). Der Pflegegrad wird mit Hilfe eines pflegfachlich begründeten Begutachtungsinstruments ermittelt.
- (2) Das Begutachtungsinstrument ist in sechs Module gegliedert, die den sechs Bereichen in § 14 Absatz 2 entsprechen. In jedem Modul sind für die in den Bereichen genannten Kriterien die in Anlage 1 dargestellten Kategorien vorgesehen. Die Kategorien stellen die in ihnen zum Ausdruck kommenden verschiedenen Schweregrade der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten dar. Den Kategorien werden in Bezug auf die einzelnen Kriterien pflegfachlich fundierte Einzelpunkte zugeordnet, die aus Anlage 1 ersichtlich sind. In jedem Modul werden die jeweils erreichbaren Summen aus Einzelpunkten nach den in Anlage 2 festgelegten Punktbereichen gegliedert. Die Summen der Punkte werden nach den in ihnen zum Ausdruck kommenden Schweregraden der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten wie folgt bezeichnet:
 1. Punktbereich 0: keine Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. Punktbereich 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten

-
3. Punktbereich 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. Punktbereich 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten und
 5. Punktbereich 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten.

Jedem Punktbereich in einem Modul werden unter Berücksichtigung der in ihm zum Ausdruck kommenden Schwere der Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten sowie der folgenden Gewichtung der Module die in Anlage 2 festgelegten, gewichteten Punkte zugeordnet. Die Module des Begutachtungsinstruments werden wie folgt gewichtet:

1. Mobilität mit 10 Prozent,
 2. kognitive und kommunikative Fähigkeiten sowie Verhaltensweisen und psychische Problemlagen zusammen mit 15 Prozent,
 3. Selbstversorgung mit 40 Prozent,
 4. Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen mit 20 Prozent,
 5. Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte mit 15 Prozent.
- (3) Zur Ermittlung des Pflegegrades sind die bei der Begutachtung festgestellten Einzelpunkte in jedem Modul zu addieren und dem in Anlage 2 festgelegten Punktbereich sowie den sich daraus ergebenden gewichteten Punkten zuzuordnen. Den Modulen 2 und 3 ist ein gemeinsamer gewichteter Punkt zuzuordnen, der aus den höchsten gewichteten Punkten entweder des Moduls 2 oder des Moduls 3 besteht. Aus den gewichteten Punkten aller Module sind durch Addition die Gesamtpunkte zu bilden. Auf der Basis der erreichten Gesamtpunkte sind pflegebedürftige Personen in einen der nachfolgenden Pflegegrade einzuordnen:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 1: geringe Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2: erhebliche Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3: schwere Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 4. ab 70 bis unter 90 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten,
 5. ab 90 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5: schwerste Beeinträchtigungen der Selbständigkeit oder der Fähigkeiten mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung.
- (4) Pflegebedürftige mit besonderen Bedarfskonstellationen, die einen spezifischen, außergewöhnlich hohen Hilfebedarf mit besonderen Anforderungen an die pflegerische Versorgung aufweisen, können aus pflegefachlichen Gründen dem Pflegegrad 5 zugeordnet werden, auch wenn ihre Gesamtpunkte unter 90 liegen. Der Spitzenverband Bund der Pflegekassen konkretisiert in den Richtlinien nach § 17 Absatz 1 die pflegefachlich begründeten Voraussetzungen für solche besonderen Bedarfskonstellationen.
- (5) Bei der Begutachtung sind auch solche Kriterien zu berücksichtigen, die zu einem Hilfebedarf führen, für den Leistungen des Fünften Buches vorgesehen sind. Dies gilt auch für krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen. Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen sind Maßnahmen der Behandlungspflege, bei denen der behandlungspflegerische Hilfebedarf aus medizinisch-pflegerischen Gründen regelmäßig und auf Dauer untrennbarer Bestandteil einer pflegerischen Maßnahme in den in § 14 Absatz 2 genannten sechs Bereichen ist oder mit einer solchen notwendig in einem unmittelbaren zeitlichen und sachlichen Zusammenhang steht.
- (6) Bei pflegebedürftigen Kindern wird der Pflegegrad durch einen Vergleich der Beeinträchtigungen ihrer Selbständigkeit und ihrer Fähigkeiten mit altersentsprechend entwickelten Kindern ermittelt. Im Übrigen gelten die Absätze 1 bis 5 entsprechend.
- (7) Pflegebedürftige Kinder im Alter bis zu 18 Monaten werden abweichend von den Absätzen 3, 4 und 6 Satz 2 wie folgt eingestuft:
1. ab 12,5 bis unter 27 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 2,
 2. ab 27 bis unter 47,5 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 3,
 3. ab 47,5 bis unter 70 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 4,
 4. ab 70 bis 100 Gesamtpunkten in den Pflegegrad 5.